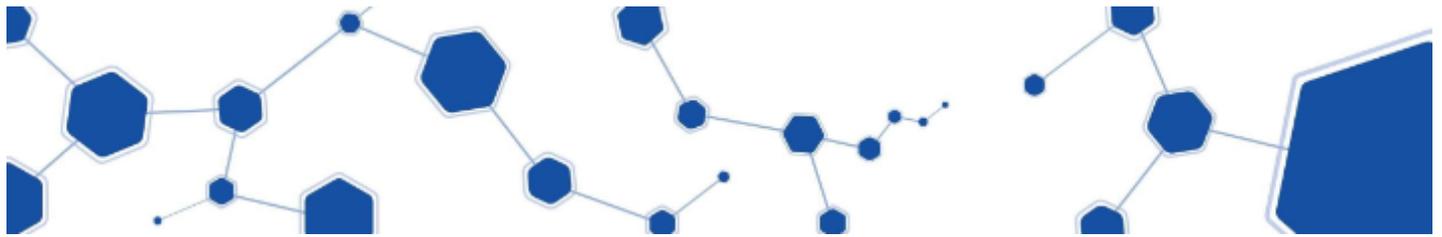


# Améliorer l'accès aux soins de santé mentale



FRE<sup>S</sup>QUE

Forum de la relève étudiante  
pour la santé au Québec

Recommandations soumises au ministère  
de la Santé et des Services sociaux

Juin 2017

Pour tout renseignement concernant le FRESQue,  
ses travaux et ses publications, s'adresser à :

Courriel : [info@lefresque.com](mailto:info@lefresque.com)

Site Web : [www.lefresque.com](http://www.lefresque.com)

Ce document est disponible seulement en  
version électronique.

### **Rédaction de la 1<sup>ière</sup> édition**

David Benrimoh, président 2016-2017

Lisa Hudon, vice-président aux affaires externes 2017-2018

Jennifer Dahak

Yasmine Nadifi

Tony Nguyen

### **Révision et mise en page de la 1<sup>ière</sup> édition**

Jodi Kalubi, vice-présidente aux affaires institutionnelles et financières 2016-2018

Lisa Hudon, vice-présidente aux affaires externes 2017-2018

Sarah Bruyninx, vice-présidente aux affaires internes 2017-2018

### **Rédaction, mise en page et révision de la 2<sup>e</sup> édition**

Frédéric Tremblay, vice-président à la thématique 2019-2020

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives Canada

Bibliothèque et Archives nationales du Québec 3<sup>e</sup> trimestre 2019

ISBN x (PDF)

© Forum de la relève étudiante pour la santé au Québec, 2019

Toute reproduction autre qu'à des fins de consultation  
personnelle est interdite sans l'autorisation du FRESQue.

**1<sup>ère</sup> édition : juin 2017**

**2<sup>e</sup> édition : juillet 2019**

# À propos du FRESQue

## **HISTOIRE ET MISSION**

Le Forum de la relève étudiante pour la santé au Québec est une initiative rassemblant des étudiants de 30 associations étudiantes en santé et visant à formuler des recommandations au gouvernement à propos de différents enjeux concernant le système de santé au Québec.

Fondé en janvier 2016, le FRESQue rassemble des étudiants et futurs professionnels de la santé de partout au Québec et est un défenseur actif de la vision des étudiants d'un système de santé plus efficace, juste et accessible.

Dans le cadre de son deuxième Sommet annuel, tenu les 11 et 12 mars 2017, le FRESQue a soumis à la discussion plus de 200 pages de mémoires d'associations étudiantes et de groupes d'usagers et de professionnels. À partir de ces travaux, 17 recommandations ont été adoptées; ce sont elles qui sont présentées dans la présente publication.

## **CONSEILS D'ADMINISTRATION :**

### 2016-2017

Président : David Benrimoh

Vice-présidente aux affaires institutionnelles : Jodi Kalubi

Vice-présidente aux affaires internes : Emilie Hudson

Vice-président aux affaires externes : Nicolas St-Onge

Vice-présidente aux partenariats financiers : Cristina Tanasescu

### 2017-2018

Présidente : Cristina Tanasescu

Vice-présidente aux affaires institutionnelles : Jodi Kalubi

Vice-présidente aux affaires internes : Sarah Bruyninx

Vice-présidente aux affaires externes : Lisa Hudon

## **ASSOCIATIONS MEMBRES :**

- Association des cycles supérieurs en psychologie de l'Université de Laval (ACSPUL)
- Association des étudiantes et étudiants en pharmacologie de l'Université de Sherbrooke (ADEEP)
- Association des étudiantes et étudiants en orthophonie et audiologie de l'Université de Montréal (ADÉOA)
- Association des étudiants au doctorat en chiropratique de l'Université du Québec à Trois-Rivières (AEDC)
- Association des étudiantes et étudiants en médecine de l'Université de Montréal (AÉÉMUM)
- Association des étudiants et étudiantes en sciences infirmières de l'Université Laval (AÉÉSIUL)
- Association des étudiants aux cycles supérieurs en psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (AECSP)
- Association des étudiantes et des étudiants en santé publique de l'Université de Montréal (AÉÉSPUM)
- Association des étudiantes et étudiants de la maîtrise en orthophonie de l'Université de Laval (AEMO)
- Association des étudiants et étudiantes en pharmacie de l'Université de Montréal (AÉPUM)
- Association des étudiants en optométrie de l'Université de Montréal (AÉOUM)
- Association des étudiants en sciences infirmières de l'Université de Montréal (AÉSIUM)
- Association générale des étudiants et étudiantes en sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke (AGEESIUS)
- Association générale des étudiant(e)s en pharmacie de l'Université Laval (AGEP)
- Association of Residents of McGill University (ARM)
- Dental Student's Society of McGill University (DSS)
- Epidemiology, Biostatistics, and Occupational Health Student Society of McGill University (EBOSS)
- Fédération interuniversitaire des doctorant.es en psychologie (FIDEP)
- Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ)
- Graduate Association of Students in Psychology of McGill University (GASP)
- Medical Students' Society of McGill University (MSS)
- Nursing Undergraduate Society of McGill University (NUS)
- Nursing Graduate Students' Association of McGill University (NGSA)
- Regroupement des étudiantes et des étudiants de deuxième cycle en service social de l'Université Laval (REEDCSS)
- Regroupement des étudiants en médecine de l'Université Laval (RÉMUL)
- Société des étudiants en réadaptation de l'Université de Montréal (SÉRUM)
- School of Physical and Occupational Therapy Graduate Student Association of McGill University (SPOTGSA)
- School & Applied Child Psychology Student Association of McGill University (SPSA)
- Social Work Student Association of McGill University (SWSA)
- School of Communication Sciences and Disorders Graduate Student Society of McGill University (SCSD-GSS)

## Remerciements

Le FRESQue souhaite remercier les associations étudiantes, groupes d'usagers, groupes communautaires et individus ayant contribué à l'élaboration de ce mémoire par leur participation au Sommet annuel des 11 et 12 mars 2017.

Les recommandations dans cette publication s'appuient notamment sur les travaux de mémoire reçus dans le cadre du Sommet. Nous tenons particulièrement à remercier ces contributeurs :

- Association des étudiants aux cycles supérieurs en psychologie de l'Université Laval (ACSPUL)
- Jeunes médecins pour la santé publique (JMPSP)
- Avant-garde en santé mentale : groupe d'entraide et d'éducation populaire (AGSM)
- Mouvement Jeunes et santé mentale (MJSM)
- Regroupement des étudiantes et des étudiants de 2e cycle en service social de l'Université Laval (REEDCSS)
- Association of Residents of McGill (ARM)
- Nursing Undergraduate Society, McGill (NUS)
- Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ)
- D<sup>r</sup> Juan Carlos Chirgwin, CLSC Parc-Extension
- McGill Student Association for Collaborative Mental Healthcare (CMH)
- Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ)
- International Federation of Medical Students of America (IFMSA)-Québec
- Groupe de recherche de D<sup>re</sup> Kathryn Gill
- Association étudiante des sciences infirmières de l'Université de Montréal (AÉSIUM)
- Association des étudiantes et des étudiants à la maîtrise en orthophonie de l'Université Laval (AEMO)
- School & Applied Child Psychology Student Association of McGill University (SPSA)

Nous tenons aussi à remercier chaleureusement nos partenaires financiers :

- Association médicale du Québec (AMQ) (partenaire platine)
- Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ)
- Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)
- Students' Society of McGill University (SSMU)
- McGill Alumni Association
- Association des étudiantes et étudiants de la maîtrise en orthophonie de l'Université Laval (AEMO)
- Medical Students' Society of McGill University (MSS)
- Nursing Undergraduate Society of McGill University (NUS)
- Association des cycles supérieurs en psychologie – Université de Laval (ACSPUL)
- Association des étudiantes et étudiants en pharmacie de l'Université de Montréal (AÉPUM)
- Hourglass Studios

# Table des matières

Introduction	9
Sous-thème 1 : La prévention, l'éducation et l'adaptation des politiques aux populations marginalisées dans les soins en santé mentale	10
1.1 Investir en santé mentale à tout âge, surtout chez les jeunes, les travailleurs et les aînés, entre autres en instaurant un réseau provincial de sentinelles formées à dépister la détresse psychique	10
1.2 Donner aux Directions de la santé publique les moyens humains, structurels et financiers d'agir sur les facteurs de la santé mentale, notamment le statut socioéconomique, l'accès au logement et la sécurité d'emploi	12
1.3 Adapter l'accès aux services de santé mentale en fonction des besoins des populations marginalisées en développant l'approche de bas seuil	14
1.4 Développer et implanter à trois niveaux (individuel, familial et communautaire) une stratégie d'éducation à la santé et à la diversité	15
1.5 Favoriser la formation initiale et continue des professionnels de de la santé mentale à propos des populations marginalisées	18
Sous-thème 2 : Le rehaussement et le maintien de l'offre de services publics et des ressources professionnelles dédiées à la santé mentale	19
2.1 Redéfinir la manière dont l'offre de service interdisciplinaire est offerte en utilisant les modèles d'affiliation et de prêt	19
2.2 Assurer l'accès universel à la psychothérapie au public et au privé	20
2.2.1 Réorganiser les services afin de promouvoir la migration des psychothérapeutes vers le système public, d'augmenter le nombre de psychologues dans les différents départements et d'assurer une répartition optimale de la rémunération des psychiatres entre la pharmacothérapie la et psychothérapie	20
2.3 Réviser le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 avec des données mises à jour, des moyens d'action systémiques et des indicateurs de performance	22

2.4	Retirer les restrictions sur la durée des séances et le nombre de sujets discutés par séance en première ligne pour assurer le temps nécessaire à l'évaluation et au traitement de la clientèle psychiatrique	23
2.4.1	Accessibiliser les soins de santé mentale par l'interdisciplinarité	24
2.4.2	Privilégier un suivi régulier pour limiter les rechutes	24
2.5	Commander à l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) des lignes directrices concernant l'apport de chaque prestataire de soins de santé mentale en fonction du milieu	24
2.6	Fournir un accès à des services d'aide et de soutien psychosociaux gratuitement et sans nécessité d'un diagnostic de trouble mental	25
2.7	Offrir aux pharmaciens communautaires les incitatifs pour qu'ils proposent des services de suivi médicamenteux à la clientèle psychiatrique	27
Sous-thème 3 : Des changements organisationnels dans les soins de santé mentale		29
3.1	Adopter un modèle de prise en charge étagé assurant un accès optimal à tous les professionnels spécialisés en santé mentale	29
3.2	S'assurer que les ratios clientèle-personnel n'excèdent pas les limites démontrées dangereuses pour la clientèle et pour le personnel	30
3.3	Favoriser l'autonomie fonctionnelle et sociale de la clientèle psychiatrique au moyen de pratiques de travail collaboratives	31
3.4	Reconnaître l'expertise de la clientèle concernant ses soins et sa capacité de participer aux décisions les concernant, notamment l'élaboration, l'implantation et l'évaluation des politiques de santé	32
3.4.1	Intégrer systématiquement dans le modèle de soins l'entourage de la clientèle psychiatrique	32
3.5	Garantir la stabilité du soutien financier aux organismes communautaires oeuvrant dans le domaine de la santé mentale	33
Conclusion		35
Bibliographie		36

## Avant-propos

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) décrit la santé mentale comme une composante essentielle de la santé, celle-ci correspondant à un «état de [bien-être] dans lequel une personne peut se réaliser, faire face au stress normal de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté<sup>69</sup>». La santé mentale est déterminée par des facteurs biologiques, socioéconomiques, environnementaux et liés à l'organisation des soins de santé. Le concept de «trouble mental» englobe toute atteinte à la santé mentale pouvant être diagnostiquée selon le DSM-5<sup>30</sup>. On y inclut des états de santé caractérisés par une altération de la pensée, de l'humeur et/ou du comportement causant des dysfonctions ou de la détresse psychique<sup>63</sup>.

Les troubles mentaux entraînent de lourdes conséquences économiques, étant donné leur forte prévalence et le dysfonctionnement qui y est relié. Les coûts directs et indirects associés aux troubles mentaux étaient évalués à environ 60 milliards de dollars en 2012, ce qui représentait environ 3,4% du PIB canadien<sup>73</sup>. Les coûts indirects, tels que les demandes de prestation d'invalidité, la perte de productivité au travail et l'absentéisme, sont quant à eux nettement supérieurs aux coûts directs. Les arguments économiques renforcent donc eux aussi l'idée de la pertinence de fournir des soins à la population aux prises avec des troubles mentaux.

Au Québec, il est estimé que 20% de la population souffre d'une maladie mentale<sup>63</sup>. Il est donc important d'assurer l'accès aux soins de santé mentale. En effet, au Québec, moins de 40% de la clientèle a accès à des services de psychothérapie en CLSC après plus d'un an d'attente<sup>35</sup>. Parce qu'il est bien connu que les troubles mentaux non traités se chronicisent et s'exacerbent, de tels délais de traitement doivent absolument être améliorés. Le présent document élabore plusieurs recommandations touchant la prévention, le traitement et le système de soins afin d'améliorer la prise en charge des troubles mentaux au Québec ainsi que des moyens pour en faciliter l'implantation dans le réseau public de la santé et des services sociaux.

## Sous-thème 1 :

### La prévention, l'éducation et l'adaptation des politiques aux populations marginalisées dans les soins de santé mentale

Il faut agir bien au-delà du système de soins pour générer une réelle amélioration de la santé d'une population. La promotion de la santé mentale, à travers des actions sur les déterminants sociaux de la santé, de même que la prévention en amont des troubles mentaux, permettent d'alléger le fardeau de ces derniers sur le système de soins de santé. C'est en ce sens que sont faites les recommandations de cette section concernant la prévention et la littératie en santé, de même que l'adaptation des programmes et des soins aux populations les plus psychiatriquées.

#### 1.1 Investir en santé mentale tout au long du parcours de vie, surtout chez les jeunes, les travailleurs et les aînés, entre autres par l'instauration provinciale d'un réseau de sentinelles formées à dépister la détresse psychique

Les premières années de vie constituent une période clé pour le développement d'une bonne santé mentale. Il s'agit d'une des rares occasions où il est possible d'avoir un impact sur les déterminants biologiques de la santé. Les programmes communautaires et de santé publique tels que les Services intégrés en périnatalité et en petite enfance (SIPPE) et les services de soutien aux pratiques parentales ont donc un effet positif non seulement sur la santé physique et mentale des femmes enceintes et des jeunes parents, mais également sur celle des enfants.

Il est important d'investir également auprès des enfants et des adolescents, puisque cette période en est une charnière pour le développement des compétences personnelles et sociales et de la résilience. L'approche École en santé, un excellent exemple de concertation entre les secteurs de la santé et de l'éducation visant les jeunes, représente une plateforme propice à des interventions à fort potentiel d'impact pour la santé mentale des Québécois.

Il est aussi important d'augmenter l'accès aux soins neuropsychologiques chez les jeunes adultes. En effet, les services neuropsychologiques publics sont difficilement accessibles après 18 ans. Sachant que les études peuvent s'étirer aujourd'hui jusqu'à la fin vingtaine, les impacts de ne

pas avoir accès à des services neuropsychologiques sont immenses chez les étudiants aux prises avec des troubles d'apprentissage ou un TDA/H. La collaboration entre les médecins (pour les interventions pharmaceutiques) et les psychologues (pour les stratégies comportementales) est à privilégier afin que les compétences de chacun soient utilisées judicieusement.

Il est aussi connu que les troubles mentaux chez la population adulte représentent un fardeau important au Québec. Il est donc urgent d'améliorer l'offre de services chez ceux en âge de travailler. La santé mentale est encore trop peu considérée en milieu de travail et auprès des personnes vivant une situation de chômage. De plus, les programmes d'aide aux employés (PAE) offrent généralement trop peu de séances pour rendre fonctionnelle une personne aux prises avec un trouble mental. Une formation de sentinelle est offerte par le Centre de prévention du suicide à plusieurs milieux de travail ou scolaires à risque<sup>20</sup>, mais il serait bénéfique d'étendre le réseau de sentinelles à la santé mentale en général et de bonifier l'offre de sentinelles partout au Québec.

Cette initiative implique d'ajuster l'offre de services afin de pallier à la demande de services qui suivra inévitablement ce dépistage actif dans la population. Un programme de formation au dépistage en santé mentale devra aussi être mis sur pied afin de former les sentinelles. Cette formation pourrait être offerte par un organisme en santé mentale moyennant un financement supplémentaire. Les organismes communautaires ont souvent l'avantage de se situer dans les quartiers à statut socioéconomique faible, ce qui leur donne un accès privilégié à cette population. Des réseaux de sentinelles se trouvant à proximité de populations vulnérables pourraient faire un travail phénoménal en amont du traitement des troubles mentaux, évitant leur exacerbation et leur chronicisation; cette mesure a donc le potentiel d'être extrêmement économique pour le système de santé, car une diminution du nombre ou de la sévérité des cas facilite le traitement subséquent. Les organismes communautaires pourraient ainsi déployer des travailleurs de rue, par exemple, chargés de repérer des personnes présentant des signes de détresse psychologique.

Les aînés délaissés présentent un risque accru d'être affectés par un trouble mental. Des interventions visant la mixité intergénérationnelle permettraient de briser l'isolement qui les vulnérabilise. De plus, vu l'augmentation actuelle de la tranche populationnelle des aînés, et conséquemment des troubles neurocognitifs (TNC) et autres pathologies neurodégénératives associées au vieillissement<sup>41</sup>, le gouvernement devrait augmenter l'accès aux neuropsychologues dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) public. Il est connu que le diagnostic et la prise en charge rapide et interdisciplinaire de la maladie d'Alzheimer permet d'en diminuer

significativement le fardeau clinique et social<sup>7</sup>. De plus, les Centres communautaires pour aînés (CCA) du Québec jouent un rôle essentiel dans le maintien de l'autonomie et de l'état de santé de cette population. Ces centres sont dirigés par des aînés et offrent un ensemble d'interventions holistiques, dont des activités touchant les sphères cognitive et physique, ainsi que des services de sécurité alimentaire, de déplacement, d'accompagnement et de référence à d'autres services. Toutefois, en novembre 2014, l'Association québécoise des centres communautaires pour aînés (AQCCA) a publié un mémoire pour la Commission de la santé et des services sociaux qui critique la structure du système imposée par la loi 10<sup>10</sup>. L'AQCCA, qui représente 54 CCA dans 14 régions du Québec, y dénonçait alors notamment un manque d'investissement de la part du gouvernement dans les services offerts par les CCQ aux aînés vivant dans la communauté, ainsi que le manque d'un plan clair de prévention et de promotion en santé. De plus, l'Association demande que les conseils d'administration des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) soient mieux informés des enjeux particuliers aux aînés et qu'ils acceptent parmi eux des membres engagés dans la communauté.

C'est pourquoi nous proposons au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de :

- Développer des partenariats avec les CCA ou tout autre organisme communautaire offrant des services de soutien psychosocial aux aînés vivant en communauté;
- Appuyer les initiatives et projets visant à améliorer le bien-être des aînés, qu'elles proviennent d'organismes publics ou des membres d'une communauté;
- Travailler avec les organismes communautaires afin de s'assurer que leurs membres aient accès à une formation leur permettant d'identifier des signes de détresse psychologique, telle que la formation déjà existante aux sentinelles en prévention du suicide, mais élargie à la santé mentale en général : les organismes communautaires pourraient par la suite agir en tant que filet en déployant des sentinelles dans différents quartiers vulnérables ou à risque afin de dépister les personnes présentant des signes de vulnérabilité psychique, de leur offrir des services et/ou de les référer aux services appropriés à leurs besoins;
- Collaborer avec les organisations pertinentes afin de s'assurer que les professionnels en santé mentale aient accès, dans le cadre de leur formation continue, à des formations spécifiques aux troubles mentaux fréquents chez les aînés, ainsi qu'aux enjeux sociaux et ressources spécifiques à cette population;

- S'assurer de la disponibilité suffisante de neuropsychologues dans le RSSS afin d'offrir un accès optimal à leurs services, particulièrement aux jeunes adultes et aux aînés, en :
  - Priorisant les 18-25 ans afin de prévenir les conséquences des troubles d'apprentissage et des troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) sur leur parcours scolaire et professionnel;
  - Augmentant le nombre de neuropsychologues spécialisés en vieillissement afin de diminuer la liste d'attente actuelle et de pallier à l'augmentation de la prévalence de TNC dans cette tranche de population grandissante.

## 1.2 Donner aux Directions de la santé publique les moyens humains, structurels et financiers d'agir sur les facteurs de la santé mentale, notamment le statut socioéconomique, l'accès au logement et la sécurité d'emploi

Pour promouvoir la santé mentale, les Directions de la santé publique ont besoin de ressources, qu'elles soient humaines, structurelles ou financières. Selon l'Association pour la santé publique du Québec<sup>9</sup>, il est souhaitable d'investir davantage dans la prévention, notamment en soutenant les actions de promotion et de recherche. En effet, l'intervention précoce en santé mentale permet d'éviter la chronicisation et l'exacerbation des troubles mentaux.

De plus, les troubles mentaux comptaient pour 30% de l'ensemble des demandes de prestation d'invalidité au Canada en 2003<sup>80</sup>, ce qui en faisait la première cause d'invalidité et représentait 70% des coûts totaux associés aux troubles mentaux. Au total, le fardeau des troubles mentaux est estimé à 15 à 33 milliards de dollars annuellement<sup>1,84</sup>. Il apparaît donc clair que leur prévention pourrait se traduire par des répercussions économiques importantes ainsi que par une plus grande productivité dans les milieux de travail québécois. Cela permettrait potentiellement au Québec de se démarquer davantage sur les marchés internationaux, en plus d'entraîner une augmentation du bien-être général dans la population québécoise.

Parmi tous les facteurs de la santé mentale, citons l'éducation, le soutien social, les caractéristiques du quartier de résidence (ex.: sécurité, cohésion sociale), le statut socioéconomique (ex.: revenu, emploi), les services accessibles (ex.: accès, organisation, qualité) et le niveau de stigmatisation des troubles mentaux<sup>18</sup>. La stabilité dans l'environnement physique et social, qui permet de comprendre et de contrôler son environnement, est le facteur de la santé mentale le plus important, devant même le statut socioéconomique<sup>59</sup>. Fournir une stabilité à ces niveaux permettrait donc une diminution significative des troubles mentaux. Une telle stabilité passe par l'amélioration des services en santé mentale, du revenu et du logement ainsi que par l'élaboration d'une stratégie de prévention et de conscientisation aux troubles mentaux.

Au niveau de la structure organisationnelle, les Directions de la santé publique (DSP) des devraient pouvoir recueillir des données régionales sur l'efficacité des services publics sur les facteurs de la santé mentale. Elles pourraient ainsi intervenir en ciblant les facteurs problématiques dans leur région. Les DSP devraient pouvoir collaborer avec les établissements locaux de santé, les écoles et les organismes communautaires afin de travailler directement sur le terrain. Elles devraient aussi pouvoir leur offrir les ressources humaines et financières nécessaires pour ce faire. De plus, le Plan d'action en santé mentale (PASM) devrait expliciter les objectifs de ces partenariats ainsi que l'exigence envers les DSP de les poursuivre activement. L'indicateur de performance en santé mentale des DSP, évalué annuellement, devrait être l'atteinte de leurs objectifs liés aux différents facteurs de la santé mentale dans leur région respective. Ce modèle, similaire à celui du système de santé britannique, pourrait être suivi au niveau provincial afin d'en permettre une amélioration continue avec les années<sup>67</sup>. En résumé, les DSP devraient mesurer en continu les facteurs de la santé mentale dans leur région respective, proposer des interventions ciblées sur ces facteurs en tant que buts chaque année et s'assurer que ces buts soient atteints en collaboration avec les différentes institutions sanitaires, scolaires et communautaires.

Au niveau des dépenses en santé publique, celles-ci sont d'environ 2% dans les différentes provinces canadiennes<sup>67</sup>. Puisque cette proportion représente une très petite partie des budgets en santé, des investissements modestes pourraient avoir des effets significatifs. Cette probabilité devrait être suffisante pour convaincre le MSSS d'augmenter la part du budget en santé allouée à la conscientisation, à la prévention et à la protection des populations vulnérables.

Un bon exemple d'une stratégie rentable et efficace est l'approche Logement d'abord, qui donne aux itinérants, un groupe de personne qui est à fort risque d'avoir des problèmes de santé mentale, des hébergements sans critères stricts comme l'abstinence, augmentant ainsi les chances de réintégration sociale<sup>73</sup>. Au lieu de favoriser cette catégorie dans le budget de la santé au détriment d'autres catégories importantes, des restructurations pour augmenter l'efficacité du système ainsi qu'une projection à long terme des coûts en santé seraient à privilégier.

### 1.3 Adapter l'accès aux services de santé mentale aux besoins des populations marginalisées en favorisant l'approche de bas seuil

Plusieurs dimensions de l'accessibilité sont importantes lorsqu'il est question de faire tomber les barrières et les obstacles à l'accès aux services en santé mentale. Il y a d'abord l'accessibilité géographique, qui est fonction de la distance physique entre un utilisateur et les services. Un service de transport dédié ou des services de psychologie sur les lieux de travail représentent des façons de l'améliorer. Ensuite, l'accessibilité organisationnelle est fonction des horaires et des procédures à suivre en relation avec les contraintes des personnes. Elle peut être favorisée en offrant des consultations le soir ou les fins de semaine pour rencontrer un psychiatre ou un psychologue dans le système public. Puis, l'accessibilité sociale est fonction de la compatibilité entre les services offerts et des caractéristiques sociales et culturelles des personnes. Pour l'améliorer, il est important de mettre en œuvre des services qui tiennent compte des barrières

culturelles et linguistiques de la population visée. Enfin, l'accessibilité économique est liée au coût des services en relation avec le statut socioéconomique de la clientèle. Rembourser les services de psychothérapie, comme le suggère l'INESSS<sup>47</sup>, favorise cette forme d'accessibilité, qui est probablement une des plus importantes.

Il est reconnu que les troubles mentaux sont plus prévalents au sein des populations à statut socioéconomique faible et des populations marginalisées<sup>23</sup>. Il est aussi reconnu que ces populations connaissent plus de barrières d'accès aux services en santé mentale, telles que des limitations physiques, culturelles et sociales<sup>44</sup>. Lorsqu'il est question d'implanter des mesures pour améliorer l'accès aux soins de santé mentale, il est essentiel de comprendre qu'une approche populationnelle mésadaptée pourrait diminuer l'accessibilité<sup>32</sup>.

Par exemple, augmenter l'offre actuelle de services publics en santé mentale sans tenir compte des personnes de statut socioéconomique faible leur ferait courir ce risque. Afin d'éviter ce scénario, il est primordial de mettre en place une approche dite d'«universalisme proportionné». Cette approche permet des programmes, services et politiques universels, mais avec une échelle et une intensité qui sont proportionnelles au degré de défavorisation de la population<sup>44</sup>. Les programmes ou politiques universels offrent le même service à tous, mais peuvent accentuer les problèmes d'accès déjà existants chez les populations vulnérables. Les programmes ciblés ont l'avantage d'offrir des services aux populations en ayant le plus besoin, mais peuvent être trop restrictifs et ainsi ne pas inclure une bonne partie des personnes vulnérables d'une catégorie qui auraient besoin de services. Ainsi, l'universalisme proportionné offre un bon compromis, car il prône l'universalisme tout en portant une attention particulière aux populations vulnérables, dépassant les barrières d'accès aux services qu'elles vivent<sup>44</sup>.

Afin de faciliter un accès équitable chez ces populations, il est important de créer des liens entre les services de soins en santé mentale et la communauté. À cet effet, les organismes communautaires sont un pont précieux entre les clientèles marginalisées et le réseau de la santé, il faut continuer de les financer. Les services à bas seuil d'accessibilité sont aussi une méthode efficace pour aller rejoindre les populations vulnérables directement dans leurs milieux et faciliter le passage vers les services réguliers<sup>50</sup>. Ces services sont plus souples, ont peu d'exigences administratives (ex : non-nécessité de la carte d'assurance maladie et de prise de rendez-vous, non-obligation de dossier à la clinique pour y consulter), ont souvent des horaires plus variés (ex. : ouverture de soir) et sont la plupart du temps situés dans des quartiers défavorisés afin de faciliter l'accès géographique. Finalement, toujours dans l'optique d'aller rejoindre les gens dans leurs milieux, il est important d'améliorer l'accès à des services psychologiques dans les milieux scolaires et les milieux de travail. Cela pourrait notamment se faire en subventionnant les programmes d'aide aux employés (PAE) des entreprises, qui devraient comprendre au minimum 12 à 15 rencontres payées plutôt que quelques-unes afin de pouvoir traiter un potentiel trouble mental s'il y en a un présent chez le travailleur<sup>12</sup>.

Bien sûr, pour réaliser ces projets, des données exactes sur les différentes populations sont essentielles, et celles-ci doivent être facilement accessibles aux chercheurs.

## 1.4 Implanter à trois niveaux (individuel, familial et communautaire) un programme d'éducation à la santé et à la diversité

La littératie en santé est définie comme étant la «capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de sa vie<sup>2</sup>». Il faut savoir que 60% des adultes et 88% des aînés au Canada n'ont pas les compétences nécessaires pour trouver, comprendre et utiliser l'information de manière à pouvoir prendre de bonnes décisions au sujet de leur santé<sup>2</sup>. Un faible niveau de littératie a plusieurs impacts directs et indirects sur la santé physique et psychologique chez les personnes concernées. En effet, au niveau des conséquences directes, les personnes ayant un faible niveau de littératie présentent généralement plus de problèmes de santé mentale, plus de comorbidités, plus d'hospitalisations, plus de risques de ne pas suivre adéquatement la posologie de leurs médicaments ou les instructions d'une brochure de santé, plus de risques d'accident de travail et une plus faible adhésion aux recommandations médicales, notamment<sup>77</sup>.

Les conséquences indirectes d'une faible littératie en santé sont des habitudes de vie plus délétères (ex.: consommation accrue de tabac et d'alcool), un emploi associé à un revenu moins élevé et une utilisation moins fréquente des services de soins préventifs (ex.: dépistage des ITSS)<sup>77</sup>. Pour donner un exemple de l'impact concret du niveau de littératie sur la santé, 75% de la mortalité au Canada est due à des maladies chroniques<sup>66</sup> et il est maintenant connu que les facteurs de risques principaux de ces maladies sont les mauvaises habitudes de vie<sup>27</sup>, qui sont directement affectées par un faible niveau de littératie.

Un niveau de littératie suffisant dans la population québécoise permettrait de décharger le système de santé en termes d'informations à donner ou des conséquences d'une mauvaise observance du traitement, tel que des soins à recommencer ou des traitements médicaux mal suivis, en plus de prévenir les problèmes de santé mentale par une meilleure information, un meilleur mode de vie et des consultations précoces lors du développement d'un trouble mental. Cela permettrait des économies au niveau du temps des professionnels, des frais liés aux soins à refaire, de la médication ou des séances supplémentaires, et donc d'achalandage du système par le fait même. Le fardeau économique de la faible littératie en santé a été évalué à environ 3 à 5% du budget canadien en santé en 2009, ce qui représente 8 milliards de dollars en soins de santé excessifs qui pourraient être évités<sup>66</sup> ou du moins diminués.

Il apparaît donc évident que des mesures doivent être mises en place afin d'améliorer le niveau de littératie dans la population, notamment au Québec.

Plusieurs mesures peuvent être prises au niveau des systèmes de santé et d'éducation afin d'améliorer la littératie en santé dans la population. Ces mesures doivent tenir compte des tendances sociales, du niveau d'éducation, du statut socioéconomique, des tranches d'âge visées (aînés particulièrement) et des spécificités culturelles présentes dans la population, entre autres,

en tant que déterminants de la littératie<sup>77</sup>. Un rapport de 2012 fait une revue assez exhaustive de différentes mesures qui peuvent être mises en place au niveau du gouvernement, du système de santé, d'éducation et de la communauté, notamment, pour améliorer le niveau de littératie au Canada<sup>66</sup>. En voici quelques exemples pertinents :

- Organiser des rencontres régionales réunissant des chercheurs, des professionnels et des politiciens en comités de travail sur la littératie en santé afin de favoriser la transmission des connaissances scientifiques existantes, la création de nouvelles avenues de recherche et la mise en place de politiques favorisant la littératie en santé;
- Développer un guide de pratique gouvernemental sur la communication claire. Utiliser la communication claire dans toutes les communications publiques et approuver suivant ces normes les communications issues d'organisations non gouvernementales dont l'information publique est révisée par des agences gouvernementales;
- Engager les institutions scolaires dans l'amélioration de la littératie en santé : par exemple en incluant des modules sur la manière de trouver de l'information valide, de sélectionner des sources et d'interpréter l'information adéquatement dans les différents cours du secondaire, en offrant des cours d'éducation à la santé, etc.;
- Fonder un centre de littératie en santé;
- Offrir des crédits d'impôt sur le matériel d'éducation et les livres;
- Conscientiser les différents intervenants du système de santé à la stigmatisation et aux conséquences d'un faible niveau de littératie en santé;
- Établir un protocole systématique et rapide d'évaluation du niveau de littératie en santé pour que les professionnels puissent adapter leurs interventions à la clientèle;
- Encourager les professionnels à appliquer des méthodes reconnues telles que la «*teach-back method*» pour s'assurer que le client a bien compris les informations fournies et les risques et bénéfices des traitements, des procédures ou des appareils médicaux;
- Utiliser les outils électroniques et numériques afin de fournir l'information nécessaire au bon endroit et au bon moment, en plusieurs formats pour augmenter l'accès et la probabilité que l'information se rende à la clientèle (ex.: brochures, téléviseur avec capsules de conscientisation, ordinateur éducatif, médias sociaux, etc.).

Il est nécessaire de faire une revue exhaustive des pratiques existantes, émergentes et prometteuses au niveau de la littératie en santé au Québec. Une revue exhaustive des lois, politiques et régulations qui rendent tout type d'information en santé difficile à comprendre et à utiliser doit aussi être réalisée dans le but de les clarifier. Le recensement et les données de sondage peuvent être utilisées afin de cibler des zones prioritaires, tels que des quartiers comprenant des populations vulnérables à la faible littératie (ex.: aînés, personnes ayant un

faible niveau de scolarité ou socioéconomique, etc.) afin de pouvoir offrir des interventions ciblées aux groupes ou individus plus touchés par un faible niveau de littératie<sup>66</sup>.

Au Québec comme ailleurs, la clientèle LGBTQ+ fait face à plusieurs enjeux de santé mentale causés par une culture hétéronormative et par la discrimination systémique qui en découle. En effet, les membres d'une minorité sexuelle sont plus à risque de développer des troubles thymiques et anxieux, des troubles liés à l'usage de substances et des idées suicidaires<sup>19</sup>. Ils posent aussi plus fréquemment des gestes suicidaires. Les trois facteurs de protection les plus importants pour les jeunes des minorités sexuelles sont le soutien familial, le soutien d'adultes dans leur entourage et la sécurité ressentie dans l'environnement scolaire.

D'ailleurs, dans une étude sur les jeunes des minorités sexuelles réalisée dans l'Ouest canadien, l'implantation de groupes étudiants de soutien aux minorités sexuelles et de politiques institutionnelles contre l'homophobie a contribué à la diminution de la détresse chez les sujets<sup>88</sup>. Il est donc important de favoriser l'inclusion de cette clientèle par des programmes d'éducation à la sexualité adaptés à l'âge et au niveau de développement des enfants. Un programme-pilote de cours de sexualité au primaire et au secondaire se déroule déjà dans certaines écoles du Québec<sup>60</sup>. Si ce programme devait être étendu, il faudrait y inclure systématiquement des notions de conscientisation aux problématiques propres aux LGBTQ+.

## 1.5 Favoriser la formation initiale et continue des professionnels de de la santé mentale à propos des populations marginalisées

Notre système de santé n'est pas toujours un endroit sécuritaire pour les personnes nécessitant le plus ses services<sup>93</sup>. Ce phénomène est influencé par l'intersectionnalité, soit la manière dont plusieurs identités et vulnérabilités peuvent interagir pour créer une barrière d'accès ou un préjudice direct à des populations marginalisées. Ce sont pourtant précisément ces identités et ces vulnérabilités qui prédisposent certaines personnes à des risques plus élevés de trouble mentaux ou à une présentation plus sévère des troubles mentaux. Par exemple, des variables telles que des identités intersectorielles et la fréquence de la discrimination expliquent 15% de la variance associée aux symptômes d'un trouble de stress posttraumatique<sup>82</sup>. L'American Psychological Association (APA) reconnaît les identités intersectorielles comme facteurs de la santé mentale<sup>68</sup>.

Une revue de littérature<sup>93</sup> fournit une réflexion pertinente sur la discrimination que la clientèle intersectionnelle vit parfois avec les soignants en santé mentale. Un biais résultant d'années de traitement de cas réfractaires contribue parfois au pessimisme envers certaines populations. Les troubles mentaux peuvent en effet mener à l'épuisement du personnel et à un préjugé négatif envers la clientèle psychiatrique. Une attitude de paternalisme peut se développer envers cette

clientèle étiquetée comme incapable de prendre soin d'elle-même, comme la clientèle aux prises avec un trouble des conduites alimentaires. De plus, des pathologies organiques de cette clientèle peuvent parfois passer pour des symptômes psychiatriques, ce qui mène à des diagnostics erronés. Les clientèles aux prises avec des troubles de personnalité ou de la toxicomanie, entre autres, sont souvent stigmatisées de cette manière dans le système de santé<sup>93</sup>.

Ainsi, une demande de médication contre la douleur est parfois interprétée par les intervenants comme une tentative de recevoir une faveur ou d'obtenir une substance psychoactive lorsqu'un diagnostic de ce genre se trouve au dossier, malgré la preuve d'une douleur objective causée par une pathologie organique. Cette attitude et ce type de réaction de la part de soignants de santé mentale sont inacceptables et des procédures pour les éliminer doivent être entreprises. Cette discrimination ou ce biais existe pour plusieurs clientèles, incluant les réfugiés<sup>72</sup> et les LGBTQ+<sup>78</sup>. L'effet est potentialisé en cas d'intersectionnalité (lorsque plusieurs identités se croisent, par exemple dans le cas d'un réfugié homosexuel atteint d'un trouble mental).

Nous devons relever ce défi et fournir une formation aux soignants en partenariat avec des membres des communautés affectées dans le but de conscientiser le personnel et de faire de nos centres de soins des endroits plus sécuritaires pour ces populations vulnérables. Offrir des témoignages de personnes aux prises avec différents troubles mentaux sur leur vécu et sur la stigmatisation vécue aux différents intervenants des CIUSSS serait un bon moyen d'atteindre ce but, plusieurs études ayant montré que le contact avec des gens présentant des troubles mentaux réduisait beaucoup les préjugés négatifs des soignants envers ces populations<sup>93</sup>. Nous recommandons qu'une telle exigence soit inscrite au Plan d'action en santé mentale 2015-2020.

## Sous-thème 2 :

# Le rehaussement et le maintien de l'offre de services publics et des ressources professionnelles dédiées à la santé mentale

### 2.1 Redéfinir la manière dont l'offre de service interdisciplinaire est offerte en utilisant les modèles d'affiliation et de prêt

Affiliation : si un milieu n'a pas les professionnels requis, il peut faire appel à un spécialiste (consultant ou traitant) affilié du même CIUSSS/CISSS pour supporter son offre et répondre à ses besoins de soins ou de prévention, mais lorsque l'affiliation est trop sollicitée, l'embauche d'un professionnel devrait être envisagée (écoles, CLSC/GMF, communautés, etc.);

Prêt : possibilité de prêter ponctuellement du temps à un autre établissement.

On procéderait à la création de disponibilités d'affiliation en transformant des postes à temps partiel en postes à temps plein. Le budget proviendrait d'un programme spécial d'affiliation qui suivrait la demande de services, et donc la clientèle. Les professionnels pouvant y participer seraient mandatés en se basant sur les données probantes.

L'offre des services de santé mentale est un enjeu important par la nature relativement imprévisible des troubles mentaux. Souvent, la demande dépasse l'offre, ce qui entraîne un déséquilibre entre le suivi nécessaire et le suivi offert et initie un phénomène de porte tournante. La nécessité d'offrir un support continu de qualité est donc une problématique de taille. La manière dont le service est offert importe aussi : intervenir dans le milieu de la clientèle, dans son contexte de vie – adopter une approche dite d'«*outreach*» – permet aux professionnels de la santé de mieux soutenir la personne vivant avec un trouble mental. Un manque de soutien offert par les professionnels de la santé dans la communauté fragilise davantage cette clientèle<sup>22</sup>.

Considérant ces éléments, nous proposons deux pistes de solution complémentaires :

- L'affiliation des professionnels de la santé, soit de faire appel à du personnel affilié pour intervenir dans la communauté lorsqu'il y a un manque de service constaté ou en prévention, comme lors d'activités de consultation afin d'offrir de manière continue des services au sein de la communauté. De plus, lorsque la demande d'un professionnel affilié est trop sollicitée dans une communauté particulière, un poste permanent ou à temps partiel avec embauche doit être considéré. Finalement, afin de s'assurer de la pérennité d'un service d'affiliation, ce service devrait avoir un budget propre;
- Le prêt de personnel entre les établissements d'un même centre intégré et la communauté qu'il dessert, soit le fait de permettre que le personnel soit transféré d'un établissement à un autre en situation de manque de personnel dans le domaine du professionnel transféré,

et ce lorsque les deux établissements se situent dans le même CISSS/CIUSSS. Le prêt de services vise à assurer la réponse aux besoins en santé mentale de la population desservie par l'établissement en manque de personnel pour des services ponctuels.

## 2.2 Assurer l'accès universel à la psychothérapie

### 2.2.1 Réorganiser les services afin de promouvoir la migration des psychothérapeutes vers le système public, d'augmenter le nombre de psychologues dans différents départements et d'assurer une répartition optimale de la rémunération des psychiatres entre la pharmacothérapie et la psychothérapie

Les troubles mentaux les plus prévalents sont les troubles anxieux et dépressifs, qui constituent environ 65% des motifs de consultation<sup>57</sup>. La pharmacothérapie est actuellement le traitement le plus utilisé pour les troubles mentaux. Cependant, pour certains troubles, comme les troubles anxieux et dépressifs, la psychothérapie est plus efficace à long terme que la pharmacothérapie. En effet, contrairement à la pharmacothérapie, la psychothérapie réduit le risque de rechutes<sup>46</sup>. Toutefois, en raison de la faible accessibilité des psychologues, jusqu'à 25% des consultations médicales seraient liées à des troubles mentaux<sup>36</sup>.

Alors que les médecins de famille ont une formation de base en santé mentale, les professionnels les plus aptes à traiter la clientèle psychiatrique restent les psychiatres, par la pharmacothérapie et la psychothérapie, et les psychologues, par la psychothérapie. En effet, ces derniers font un minimum de 7 ans d'études uniquement axées sur l'apprentissage de théories, approches, statistiques, traitements psychologiques et autres, en plus de 2600 heures de stages supervisés auprès de clients durant leur formation doctorale<sup>35</sup>.

Il est aussi plus rentable de payer des psychologues plutôt que des médecins puisqu'ils gagnent un salaire moindre en plus d'être plus efficaces du fait de leur spécialité en santé mentale<sup>36</sup>. Quant aux psychiatres, ils manquent de temps dans le cadre de leur pratique pour offrir suffisamment de services de psychothérapie. Toutefois, malgré cette expertise disponible au Québec, moins de 40% de la clientèle a accès à des services de psychothérapie en CLSC après plus d'un an d'attente<sup>75</sup>. Seul le tiers des psychologues membres de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) œuvrent dans le secteur public<sup>75</sup> en raison d'un salaire moindre qu'au privé et du faible nombre de séances offertes en CLSC pour pratiquer une évaluation et un traitement adéquats.

Les troubles dépressifs et anxieux prennent au moins 12 à 16 séances à traiter en thérapie cognitivocomportementale (TCC)<sup>12</sup>, alors qu'une bonne évaluation du problème à elle seule peut prendre 3 à 4 séances, dépendamment de la problématique et des comorbidités présentes. Le processus d'évaluation, trop souvent escamoté dans les programmes publics, permet une

économie de temps et d'argent à long terme en prévenant le risque de diagnostic erroné et de mauvais traitement, et par le fait même de rechute chez la clientèle. Le nombre de séances offertes en CLSC étant souvent considérée inadéquate, ce dernier devrait être augmenté.

L'augmentation du nombre de psychologues dans le système public de soins est nécessaire afin de diminuer les délais d'attente et de fournir un traitement adéquat à la clientèle. L'ajustement des salaires des psychologues à un taux horaire similaire à celui du privé et des autres provinces canadiennes pourrait inciter les psychologues à revenir travailler dans le système public et ainsi compenser l'actuel déficit de psychologues que connaît le RSSS<sup>8</sup>.

Deuxièmement, soulignons que les troubles de personnalité touchent environ 6 à 15% de la population canadienne<sup>86</sup>. Ces troubles chroniques entraînent beaucoup de conséquences sociales et économiques. Un traitement adéquat des troubles de personnalité permettrait de prévenir le phénomène de portes tournantes chez cette population qui revient fréquemment à l'urgence pour des tentatives de suicides ou de l'automutilation. Il leur permettrait aussi de revenir à un niveau de fonctionnement adéquat, ce qui, à long terme, diminue les coûts de manière importante. En raison de leur prévalence et de leurs impacts importants sur le fonctionnement des personnes atteintes, les troubles de personnalité méritent plus de prise en charge au niveau public. Alors que des centres ou unités de traitement spécifiques existent pour ces pathologies dans les centres urbains, les services offerts en région, souvent via les CIUSSS, sont insuffisants : ils répondent la plupart du temps seulement aux cas les plus sévères, et souvent à trop court terme.

Finalement, le nombre d'unités en psychologie de la santé et le nombre de postes de psychologues de la santé sur certaines unités déjà existantes du système public doivent être augmentés afin d'offrir plus de services à la clientèle psychiatrique. En effet, jusqu'à 65% de la clientèle chronique présente une comorbidité psychiatrique, ce qui constitue une prévalence quatre fois plus élevée que dans la population générale<sup>29</sup>. De plus, plusieurs études démontrent que la clientèle avec un trouble mental comorbide reçoit de moins bons traitements<sup>93</sup>, ce qui renforce la pertinence du suivi par un psychologue. La présence de psychologues de la santé dans les unités de soins médicaux où des comorbidités importantes en santé mentale sont présentes permet d'augmenter l'observance du traitement et le maintien d'habitudes de vie propices à la réadaptation physique et mentale, ce qui à long terme diminue le recours inutile aux soins de santé et favorise les économies à la grandeur du système<sup>36, 38</sup>. Ces résultats peuvent être obtenus avec aussi peu que six séances<sup>12</sup>. Alors que ces services commencent à se développer dans les grandes villes du Québec, ils demeurent cependant insuffisants, spécialement en région.

Nous recommandons donc au MSSS de :

- Répondre aux besoins particuliers des régions éloignées en matière de santé mentale. Cela peut se faire notamment par un recrutement supplémentaire de professionnels appropriés, dont les psychologues, les infirmières et les intervenants spécialisés en santé mentale et en clientèle jeunesse. Il faut particulièrement offrir davantage de services de traitement pour les troubles de personnalité et en psychologie de la santé en région;

- Encourager les médecins de famille et les autres spécialistes, ainsi que les psychologues et intervenants psychosociaux, à travailler en équipes interdisciplinaires pour la prise en charge de la clientèle psychiatrique, son suivi et la gestion d'urgences la concernant;
- Créer et diffuser des outils de catalogage des services régionaux en santé mentale. Ces outils amélioreront les relations entre les professionnels et la population, en plus d'adresser le besoin informationnel de la population;
- Cesser le remplacement de psychologues par d'autres intervenants psychosociaux dans les cas où une thérapie est nécessaire, particulièrement auprès de la clientèle avec des troubles mentaux sévères. Ces professionnels peuvent toutefois être utilisés pour leurs compétences spécifiques au sein d'une équipe multidisciplinaire (voir à ce propos la recommandation 3.1 sur le système de prise en charge étagée);
- Réduire les étapes administratives d'accès à un psychologue dans le système public (référence par un médecin, guichet d'accès, référence aux services, liste d'attente, arrivée dans les services, réévaluation de la situation et prestation de services);
- Offrir des formations psychologiques préventives gratuites à la population, par exemple sur la communication et la gestion émotionnelle. Elles seraient particulièrement importantes dans les écoles primaires et secondaires afin de prévenir et de contrer l'intimidation<sup>38</sup>. On peut le faire simplement en maintenant les subventions des organismes communautaires proposant déjà ce type de services, tels que les Maisons de la famille.

### 2.3 Réviser le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 avec des données mises à jour, des moyens d'action systématiques et des indicateurs de performance

Le Plan d'action en santé mentale (PASM) 2015-2020 mentionne le nombre d'utilisateurs nécessitant des soins en santé mentale en s'appuyant sur des sources extrêmement désuètes (certaines figures sont basées sur un modèle et une étude de cas de 1996), ou sur la base d'opinions d'experts ou de rapports précédents du gouvernement qui ne citent eux-mêmes pas de sources. Les besoins en santé mentale de la population ne sont donc pas clairs actuellement, ce qui signifie que les cibles de délais de service du PASM sont infondées. Ceci est cohérent avec les longs délais d'attente présentement expérimentés par la clientèle en attente de services en santé mentale dans le système public. De plus, le PASM demande aux CIUSSS de développer des plans de gestion de certaines problématiques (ex. : inclure la clientèle dans les décisions de soins de santé) ou s'engage à maintenir ses engagements sans toutefois mentionner de méthode par laquelle il vérifierait la mise en place de telles mesures ni d'indicateur de performance.

Pour ces raisons, nous recommandons au MSSS présenter une révision du PASM 2015-2020 d'ici 18 mois et de s'engager à y :

- Mentionner clairement qui est responsable des soins en santé mentale dans différentes institutions et que l'imputabilité de cette désignation soit explicite. Ce PASM révisé doit être basé sur les véritables besoins populationnels en santé mentale tels qu'évalués par des études épidémiologiques prises en charge par les CISSS/CIUSSS. Un financement adéquat doit leur être fourni pour couvrir le coût de ces études;
- Énoncer des recommandations claires pour chaque région. Pour ce faire, les statistiques régionales de la population desservie par les milieux de soins doivent être collectées et rendues publiquement accessibles à tous les prestataires de soins;
- Proposer des repères, des cibles d'atteinte des objectifs et des études coût-efficacité et élaborés en consultation avec le personnel de la santé, la clientèle et son entourage;
- Inclure les programmes particuliers qui rencontrent les critères établis par les études épidémiologiques ainsi que les enveloppes budgétaires associées;
- Garantir le financement adéquat ou les mesures de restructuration nécessaires aux demandes faites aux CISSS/CIUSSS d'accorder plus de services ou des services différents;
- Créer des indicateurs de performance basés sur les données probantes et s'assurer que les ressources soient en place pour que les milieux puissent atteindre ces objectifs;
- Utiliser les statistiques et les indicateurs de performance pour planifier l'offre de services;
- Encourager la coopération entre les régions dans l'atteinte de certains standards provinciaux. Un niveau de participation visé de la clientèle dans les prises de décisions en santé mentale doit donc être défini partout à travers la province. Un nombre de places standard au sein des comités administratifs des institutions de santé devrait être réservé à la clientèle afin de s'assurer que les services soient conformes à ses besoins.

## 2.4 Retirer les restrictions sur la durée des séances et le nombre de sujets discutés par séance en première ligne pour assurer le temps nécessaire à l'évaluation et au traitement de la clientèle psychiatrique

Le PASM 2015-2020 mentionne que 70% des troubles mentaux devraient être gérés dans des soins de première ligne, mais ne précise pas les ressources ou la structure qui supporterait une telle prise en charge<sup>64</sup>. Il est difficile d'aborder tous les problèmes de la clientèle dans le contexte actuel des limites de temps et de sujets imposées aux médecins de famille. Ces limites nuisent aux

pratiques de promotion de la santé et de prévention, diminuent la satisfaction de la clientèle et du personnel<sup>97</sup> et augmentent le nombre de séances nécessaires pour couvrir toutes les problématiques. Cela favorise aussi la chronicisation et l'aggravation des troubles mentaux.

#### 2.4.1 Accessibiliser les soins de santé mentale par l'interdisciplinarité

En créant des équipes interdisciplinaires, en augmentant l'étendue de la pratique des infirmières et en utilisant un modèle de soins interdisciplinaire, une capacité de roulement pourrait être atteinte, ce qui préviendrait le besoin de restrictions sur le temps des rendez-vous. Des modèles alternatifs (ex. : salaire horaire plutôt que rémunération à l'acte, ou système de capitation mixte) pourraient être introduits dans le contexte des soins en santé mentale. Ils élimineraient les incitatifs financiers à opter pour la pharmacothérapie plutôt que la psychothérapie et allégeraient les préoccupations réglementaires qui exercent un impact négatif sur la qualité des soins<sup>15</sup>.

#### 2.4.1 Privilégier un suivi régulier pour limiter les rechutes

On peut considérer que ces modèles de financement alternatifs favoriseraient également le déploiement de méthodes de travail visant le bien-être à long terme de la clientèle psychiatrique concernée, par exemple par le suivi régulier. Le MSSS peut également contribuer à renforcer cette méthode par des incitatifs financiers appropriés ajoutés à ces modèles de financement.

### 2.5 Commander à l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) des lignes directrices concernant l'apport de chaque prestataire de soins de santé mentale en fonction du milieu

Un des problèmes actuels du Québec concernant les actes réservés est qu'ils sont négociés par les associations professionnelles plutôt que fondés sur des données de leur utilité pratique. Une étude indépendante sur les actes réservés et le rôle de chaque professionnel dans le système de santé devrait donc être menée afin de produire des lignes directrices et de procéder à une refonte du Code des professions selon les données probantes. Nous pensons que l'INESSS serait l'organisation la plus apte à produire un rapport de recherche indépendant sur le sujet.

## 2.6 Fournir l'accès à des services d'aide et de soutien psychosociaux gratuitement et sans nécessité d'un diagnostic de trouble mental

Il existe des problèmes d'accès aux services d'aide psychologique dans différentes situations : passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie, déménagements, passage des suivis internes aux suivis externes. Peu de suivis sont offerts aux jeunes enfants et aux adultes de plus de 25 ans. Les difficultés d'accès aux approches alternatives sont aussi importantes. Les listes d'attentes pour voir un psychologue dans le système public étant très longues, et beaucoup de gens étant dans l'incapacité de se payer des soins psychologiques au privé, plusieurs se tournent vers leur médecin de famille. Tel qu'explicité plus tôt, jusqu'à 25% des consultations médicales seraient liées à des troubles mentaux<sup>36</sup>. La médication reste souvent le premier choix du médecin de famille ou du psychiatre et son recours est banalisé, alors que la psychothérapie est souvent plus efficace à long terme afin de prévenir les rechutes, et ce, sans effet secondaire<sup>46</sup>. La médication reste essentielle pour les troubles mentaux plus organiques et typiquement chroniques, tels que le trouble bipolaire ou la schizophrénie, mais elle ne devrait pas prendre toute la place. De l'éducation à propos du maintien d'un mode de vie sain est importante pour cette clientèle et nécessite souvent des interventions psychologiques pour s'implanter efficacement dans la vie de cette clientèle : celles-ci permettent une stabilisation du trouble et la prévention de rechutes potentielles<sup>12</sup>.

Une grande variabilité existe entre les professionnels. Ainsi le processus est souvent à recommencer à zéro chaque fois que le dossier change de mains. Dans ce contexte, beaucoup de gens abandonnent leur demande d'aide, car les délais sont trop longs et le personnel hospitalier change trop souvent. Cet abandon a des conséquences importantes sur leur fonctionnement et les conséquences économiques associées à un fonctionnement altéré de manière chronique par un trouble mental non résolu (ex. : perte de productivité, prestations d'invalidité, etc.)<sup>47</sup>.

Il faut donc s'assurer que l'offre de service comprend un accès multidisciplinaire à des professionnels (médecin, psychologue, ergothérapeute, orthophoniste, éducateur spécialisé, etc.), que la concertation entre ces professionnels se déroule de manière harmonieuse et efficace et que les services ne sont pas conditionnels à un diagnostic de trouble mental, ce qui laisse souvent la clientèle sans services, dans un état de chronicisation de ses troubles mentaux. Les ressources devraient aussi être suffisantes pour prendre en charge rapidement les gens qui demandent de l'aide afin de diminuer les risques d'exacerbation ou de chronicisation des troubles et de comorbidités (ex. : gestions des symptômes avec de l'alcool ou des drogues) et de minimiser les risques tels que les tentatives de suicide et les suicides complétés. Ainsi, un délai raisonnable et efficace à long terme au niveau préventif serait une prise en charge à l'intérieur de deux semaines, ce qui ressemble à ce qui se fait actuellement en pratique privée au Québec. Une solution rapide serait d'inclure les services de psychothérapie privés dans le régime de la RAMQ afin d'éviter les délais d'attente, puisque environ 70% des psychologues pratiquent au privé au Québec<sup>75</sup>.

Les pratiques alternatives d'aide et de soutien psychosociaux devraient aussi être appliquées davantage au sein du système de santé et préférées à la médication des problèmes sociaux. On parle d'une attitude d'écoute active, d'accueil inconditionnel, de préjugé favorable, de respect

des droits de la clientèle et de son entourage, de l'utilisation de l'approche basée sur les forces, d'une attention aux besoins et de soins qui suivent le rythme de la clientèle. L'attitude empathique permet la création de liens significatifs qui permettent ensuite de mieux aider la clientèle.

En effet, l'alliance avec la clientèle permet de gagner sa confiance envers le personnel et les interventions proposées<sup>92</sup>. Il est ensuite possible de procéder aux changements souhaités dans la vie de la clientèle en collaboration avec celle-ci. L'entretien motivationnel<sup>13</sup> devrait aussi être systématiquement préféré à la prescription de comportements de santé chez la clientèle qui nie ses problèmes ou n'est pas prête à agir sur ceux-ci. Cette approche montre de bons résultats chez les clientèles typiquement réfractaires au traitement, telles que la clientèle toxicomane.

L'attitude empathique et accueillante est trop souvent escamotée en raison des pressions à la performance imposées au personnel. Pourtant elle est cruciale à l'établissement d'un bon lien thérapeutique avec la clientèle et permet une meilleure observance des interventions psychologiques et/ou pharmaceutiques, ce qui permet d'éviter plusieurs allers-retours dans le système et des coûts associés à une mauvaise observance (ex. : médicaments et séances supplémentaires). De plus, afin d'éviter la stigmatisation dans le système de santé, en toxicomanie principalement, l'approche de réduction des méfaits devrait être davantage implantée dans le système et le personnel devrait être davantage formé à ce modèle. La consommation a toujours une fonction chez une clientèle qui présente un trouble lié à l'usage de substances et/ou d'autres troubles mentaux. Le jugement négatif ne fait que nuire à l'instauration du lien nécessaire aux interventions collaboratives et favoriser l'abandon de traitement et l'évitement du système de santé, avec toutes les conséquences associées (ex. : non-traitement des infections suite à des injections chez les toxicomanes par crainte de la désapprobation s'ils consultent à l'urgence). Des organismes communautaires tels que Point de repères à Québec<sup>71</sup> utilisent cette approche.

Il est aussi important pour la clientèle d'avoir le choix d'alternatives de traitement au sein du système de santé. Un animal de compagnie, des loisirs ou des passions (ex.: art, théâtre, voyages, sport) sont des interventions à envisager. Elles permettent d'augmenter le bien-être et peuvent aussi être utilisées en prévention chez les populations à risque ou promues dans la population générale pour leurs bénéfices sur la santé mentale. En effet, plusieurs études ont démontré l'efficacité des loisirs dans l'augmentation du bien-être psychique<sup>49</sup>. Pour être pleinement efficaces, les loisirs doivent répondre à quatre critères : être choisis sans contrainte, favoriser un sentiment de compétence, être actifs plutôt que passifs (ex. : pratiquer un sport plutôt que d'écouter la télévision) et se dérouler sans le moindre sentiment d'obligation<sup>43</sup>.

Les bénéfices psychologiques des loisirs sont multiples : ils restaurent l'énergie après de fortes demandes physiques ou mentales, favorisent la catharsis des émotions négatives et permettent de développer de nouvelles habiletés ou connaissances, ce qui améliore l'autoestime<sup>43</sup>. De plus, selon certaines études, pratiquer une passion ou un loisir serait la manière la plus efficace d'influencer positivement<sup>5</sup> l'humeur et cet effet persisterait au long cours : ainsi l'observation de deux cohortes d'adolescents jusqu'à l'âge adulte a démontré une association positive entre le bien-être psychologique et la pratique de loisirs sportifs; un suivi 15 ans plus tard montre le maintien de ces effets

bénéfiques<sup>79</sup>. Il importe donc d'offrir des activités de loisirs variées au niveau communautaire afin de permettre aux usagers le choix de leurs activités. On peut y parvenir en finançant des organismes communautaires et des budgets municipaux. La création de programmes de loisirs ciblés pourrait être bénéfique au sein même du système de santé. Des sondages pourraient être réalisés afin de voir quelles activités la clientèle psychiatrique désirerait pratiquer en tant qu'adjuvants dans le cadre du traitement de ses troubles mentaux.

Il est important de permettre à la clientèle psychiatrique de se réappropriier le pouvoir sur sa vie en l'accompagnant dans le développement d'un esprit critique par le travail sur sa littératie en santé et par la psychoéducation. On doit proposer lui un accompagnement vers une meilleure compréhension de sa médication (par exemple, avec les formations *L'autre côté de la pilule*<sup>6</sup> et *La gestion autonome de la médication*<sup>76</sup>) et l'informer de ses droits. La première partie peut se faire facilement au moyen de brochures informatives. Il faut aussi l'outiller afin qu'elle puisse trouver de l'information complète et fiable sur son diagnostic et son traitement. Ceci devrait être officiellement considéré comme une bonne pratique en soins de santé mentale et donc être inclus dans le PASM plutôt que laissé à la discrétion du personnel. Un document d'information sur la littératie en santé pourrait être remis systématiquement par le médecin avec tout diagnostic.

## 2.7 Offrir aux pharmaciens communautaires les incitatifs pour qu'ils proposent des services de suivi médicamenteux à la clientèle psychiatrique

Les 1 860 pharmacies communautaires du Québec sont ouvertes en moyenne 72 heures par semaine et 359 jours par année<sup>1</sup>. Ceci représente un accès à la première ligne qui n'ajoute rien au fardeau du réseau public, puisque les pharmacies sont gérées par leurs propriétaires.

Pour arriver à prendre en charge en milieu ambulatoire une clientèle psychiatrique présentant des besoins complexes en termes de pharmacothérapie, le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) a évalué dans son rapport de 2015 qu'il était nécessaire d'assurer une meilleure intégration de l'expertise des pharmaciens aux soins de première ligne<sup>24</sup>.

Une enquête menée auprès de 60 acteurs-clés de l'industrie de la pharmacie communautaire en septembre 2016 a fait ressortir que «sans pour autant renier l'importance de la distribution, il faudrait [...] rémunérer davantage le pharmacien pour les soins pharmaceutiques offerts aux patients et orienter une partie de la rémunération vers la pertinence de la médication»<sup>53</sup>. Un rapport de l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques du Québec (IRIS) paru en janvier 2017 recommande quant à lui d'accroître le nombre d'actes que peuvent effectuer des professionnels de la santé autres que les médecins, dont les pharmaciens<sup>42</sup>.

La prestation de services étendus en pharmacie communautaire a démontré dans plusieurs études, particulièrement en ce qui a trait aux soins de santé mentale, des avantages tels qu'une diminution des coûts médicaux, une meilleure gestion des effets indésirables, une diminution des

erreurs de prescription, une baisse de la morbidité et de la mortalité, une augmentation de l'observance au traitement et une meilleure satisfaction des usagers<sup>4, 28, 37, 89, 91, 95</sup>.

Il importe maintenant de revoir le modèle de rémunération en pharmacie communautaire afin de procurer aux pharmaciens les ressources nécessaires à une pratique davantage orientée vers les soins pharmaceutiques. Nous recommandons donc que le MSSS ajoute à l'Annexe III de l'entente AQPP-MSSS un 30<sup>e</sup> service couvert en pharmacie, soit un forfait annuel pour la révision de la pharmacothérapie d'un client présentant un ou plusieurs troubles mentaux et prenant au moins un médicament pour cette ou ces conditions<sup>74</sup>.

Afin de maintenir un accès universel, ce service devrait être couvert à 100% par la RAMQ en s'inspirant de ce qui se fait déjà pour la contraception orale d'urgence en vertu de l'*Entente particulière relative au programme de gratuité de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence*. Notons enfin que 7 provinces canadiennes financent déjà les revues de gestion des médicaments<sup>16</sup>. Ce service peut avoir un impact positif significatif sur la clientèle psychiatrique, d'où sa mention dans plusieurs lignes directrices internationales<sup>91</sup>.

## Sous-thème 3 :

### Des changements organisationnels dans les soins de santé mentale

#### 3.1 Adopter un modèle de prise en charge étagée assurant un accès optimal à tous les professionnels spécialisés en santé mentale

Ce modèle permettrait aux professionnels de :

- Travailler en interdisciplinarité dans une approche centrée sur la clientèle et son entourage;
- Déployer une autonomie suffisante pour pouvoir se référer mutuellement la clientèle ayant besoin d'un suivi psychosocial sans avoir à passer par la référence médicale;
- Assurer davantage de présence dans les GMF – toutefois, si possible, le modèle de CLSC devrait être priorisé puisqu'il répond mieux aux besoins de la clientèle psychiatrique.

Un modèle de prise en charge étagée permet un maximum d'efficacité en attribuant à chaque clientèle la quantité de ressources que sa situation nécessite. C'était l'approche du programme britannique *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT), qui a permis au pays de diminuer ses coûts de santé de 1050 euros (1591,55 CAD) par personne. Vu le succès du programme, le gouvernement britannique a décidé de l'étendre pour y inclure les enfants, les adolescents, les aînés et leurs aidants, les malades chroniques ainsi que la clientèle psychiatrique atteinte de troubles mentaux graves<sup>36</sup>. Le succès de ce programme est démontré par une diminution des soins demandés, une baisse du nombre de congés de maladie et une meilleure performance au travail. Des données récentes rapportées par l'INESSS révèlent que 47% de la clientèle traitée avait conservé son emploi, que 10% ne réclamait plus la prestation d'aide sociale ou avait trouvé un emploi tandis que 15% était à la recherche d'un emploi<sup>47</sup>.

Dans le cas de la dépression, par exemple, le modèle de prise en charge étagée prône l'emploi d'interventions psychologiques de faible intensité chez la clientèle souffrant d'une dépression légère à modérée. Le passage à l'étape suivante est conseillé lorsque la réponse aux interventions initiales est inadéquate ou quand la clientèle a reçu d'emblée un diagnostic de dépression modérée à sévère. Dans ces conditions, les interventions psychologiques dites de haute intensité ainsi que les traitements pharmaceutiques sont mis de l'avant<sup>47</sup>. Dans un tel modèle, des intervenants tels que psychoéducateurs, travailleurs sociaux ou médecins peuvent être rencontrés en première ligne. Ces professionnels sont supervisés par des psychologues, dont l'expertise unique en santé mentale leur permet de s'assurer de la qualité des services rendus en première ligne<sup>38</sup>.

Des manuels d'autotraitements peuvent être remis à la clientèle ayant des troubles plus légers ou de simples symptômes. La clientèle nécessitant une thérapie est prise en charge par un psychologue si les besoins sont plus grands (ex.: dépression sévère), si le trouble mental ne peut pas être géré par un autre professionnel ou par la médication ou s'il persiste malgré toutes ces interventions. Ainsi, les forces de chaque professionnel sont utilisées à bon escient. Ce modèle ne fonctionne toutefois que si un accès adéquat à ces professionnels est assuré.

### 3.2 S'assurer que les ratios clientèle-personnel n'excèdent pas les limites démontrées dangereuses pour la clientèle et pour le personnel

Une charge de travail trop importante pour le nombre de travailleurs augmente les risques d'épuisement professionnel. Une étude réalisée en Ontario chez des infirmières de moins de trois ans de pratique a révélé des signes d'épuisement professionnel (*burnout*) chez 66% d'entre elles<sup>21</sup>. Au Québec, dans une étude de 2007, 43% des infirmières de moins de 24 ans recrutées présentaient un haut niveau de détresse psychologique<sup>55</sup>. Des facteurs dans l'environnement de travail sont associés à cette détresse, soit la lourdeur soutenue de la tâche et le peu de pouvoir sur leur travail<sup>56</sup>. Un épuisement professionnel augmente autant qu'une dépression les chances d'autres épisodes à long terme, ce qu'il est possible de prévenir au niveau systémique par de la prévention, et donc suffisamment d'effectifs à la base.

Une charge de travail trop importante par professionnel augmente aussi le nombre d'erreurs dans les soins. Ainsi chez le personnel travaillant habituellement des heures supplémentaires, 22% ont déclaré des erreurs liés aux médicaments, comparativement à 14% chez ceux qui ne travaillaient pas d'heures supplémentaires<sup>96</sup>. D'autres facteurs étaient associés aux erreurs liées aux médicaments, soit la perception d'une charge de travail excessive, de moins bonnes relations de travail, moins de soutien de la part des collègues et une moins bonne santé mentale : 27% des infirmières qui jugent leur santé mentale passable ou mauvaise rapportent des erreurs comparativement à 19% de celles qui la considèrent bonne à excellente<sup>85</sup>.

Une étude de 2002 a montré qu'un ratio clientèle-personnel infirmier au-dessus de 4 était associé à une augmentation progressive de la mortalité chez la clientèle chirurgicale, à l'épuisement professionnel et à la diminution de la satisfaction liée à leur travail chez les infirmières<sup>3</sup>. Au niveau des médecins, une étude de l'Université Harvard montre que, quand on considère les gardes de 24 heures chez les résidents par rapport aux gardes de 16 heures, les erreurs attentionnelles doublent, les erreurs médicales graves augmentent de 36% et les erreurs médicales mortelles dues à la fatigue quadruplent. Cette diminution de performance est évaluée équivaloir au fait de travailler en état d'ébriété avec un taux d'alcoolémie de 0.05 à 0.10%. Des conséquences sont aussi observées au niveau physique dans cette étude avec 60% plus de risques de se piquer par accident avec une aiguille après 20 heures de travail, augmentant ainsi le risque de contracter des maladies telles que le VIH et les hépatites, et 100% plus de risque d'accidents avec un véhicule motorisé<sup>58</sup>.

Nous pensons que le salaire d'infirmières supplémentaires serait plus que compensé par les économies engendrées par le traitement de moins de complications physiques et par moins de remplacements d'infirmières en épuisement. En effet, ce rapport cout-efficacité a été démontré et discuté dans un rapport de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers<sup>34</sup>. Malheureusement, la manière dont les budgets sont présentement alloués (argent du budget global alloué pour couvrir le secteur des soins de santé) ne prend pas en considération les économies potentielles qui pourraient provenir de pareilles mesures. Par exemple, même si l'emploi de plus d'infirmières et de psychologues pourrait être rentable sur plusieurs années, ce n'est pas explicité dans les déclarations de dépenses par rapport aux revenus annuels. Une manière plus innovante d'attribuer le budget en santé serait d'y investir dans une optique d'économies à long terme.

De plus, le temps de travail des professionnels de la santé ne devrait jamais excéder 12 heures consécutives, car des effets néfastes sur leur santé et leur efficacité sont observés dès 12,5 heures<sup>58</sup>. Les travailleurs de la santé européens, par exemple, sont limités à 13 heures de travail consécutives et à un total de 48 à 56 heures de travail par semaine<sup>54</sup>.

### 3.3 Favoriser l'autonomie fonctionnelle et sociale de la clientèle psychiatrique au moyen de pratiques de travail collaboratives

Certaines interventions basées sur des preuves empiriques se concentrent sur le renforcement de la clientèle et l'aide dans le rétablissement. Ces interventions visent l'amélioration du fonctionnement social et l'autonomie fonctionnelle. Elles sont fournies de manière optimale lorsque gérées par des équipes de soins qui collaborent avec tous les partenaires pertinents au sein de la communauté. C'est ce qu'on appelle le modèle orienté sur le rétablissement. Un article de 2014 décrit 10 interventions fondées sur le modèle de rétablissement. Ces interventions incluent le support par les pairs, la planification d'actions centrées sur le rétablissement du bien-être (aider la clientèle à identifier des stratégies efficaces et des outils qui augmentent son bien-être), le support au logement, le support à la recherche d'emploi et les écoles de rétablissement (éducation souvent faite par les pairs et ciblant la réintégration sociale)<sup>83</sup>. Un plan d'action inspiré du modèle orienté sur le rétablissement a par exemple été implanté dans les services aux étudiants de l'Université McGill et a réussi à réduire les coûts et améliorer l'accès en santé mentale grâce à des groupes de thérapie et des séances de traitement par les pairs<sup>87</sup>.

Il est intéressant de noter que la formation du personnel sur la base de ce modèle de soins, une initiative qui pourrait être initiée et soutenue par le MSSS, est une mesure très efficace. Une étude a en effet démontré que le personnel formé selon cette approche est plus efficace dans la formulation de plans orientés sur le rétablissement<sup>39</sup>. De plus, un entraînement de cinq semaines sur l'implantation d'un modèle orienté sur le rétablissement<sup>14</sup> permet de mieux accompagner l'équipe dans cette transition. Le RSSS est prêt à accueillir ce type d'interventions au sein de son arsenal thérapeutique. Le PASM devrait d'ailleurs demander explicitement l'implantation de ce type de programmes dans les CISSS/CIUSSS et fournir des guides et des ressources aux milieux afin de leur permettre de comprendre comment planter ces services. Un excellent rapport sur le sujet a été produit par la Commission de la santé mentale du Canada en 2015<sup>25</sup>.

### 3.4 Reconnaître l'expertise de la clientèle concernant ses soins et sa capacité de participer aux décisions les concernant, notamment l'élaboration, l'implantation et l'évaluation des politiques de santé

#### 3.4.1 Intégrer systématiquement dans le modèle de soins l'entourage de la clientèle psychiatrique

Le PASM 2015-2020 mentionne un manque de participation de la clientèle à l'organisation des services en santé mentale dans certaines régions. Il mentionne aussi que la participation de la clientèle est essentielle : en effet, elle permet de compenser les nombreuses lacunes de l'approche biomédicale de la santé en ce qui concerne les troubles mentaux. Bien que le PASM demande aux CIUSSS/CISSS de s'assurer d'un partenariat adéquat avec la clientèle, il ne dit pas comment ce partenariat doit se dérouler ni ne fournit de standard provincial à ce sujet.

Un tel standard devrait être créé au moyen de ces recommandations :

- Toutes les institutions de santé devraient compter en tout temps suffisamment de représentants du public sur leurs comités d'usagers. Ceux-ci devraient organiser des réunions biannuelles pour la clientèle. En l'absence d'un nombre suffisant d'usagers sur les comités, les institutions devraient s'efforcer de publiciser cette possibilité afin de s'assurer de la transparence du système et de son adéquation aux besoins des usagers;
- Les représentants de la clientèle devraient coprésider les réunions de tous les conseils d'établissements de santé;
- Chaque équipe de traitement devrait organiser annuellement des réunions ou des sondages pour obtenir de la rétroaction de la part de la clientèle;
- Des programmes de mentorat bénévole<sup>33</sup> par les pairs devraient être implantés partout à travers la province. Cet engagement autonomise les gens ayant appris à vivre avec un trouble mental et est une façon très économique d'augmenter l'accès aux soins en santé mentale à l'échelle de la population. Toutefois, ces programmes doivent être supervisés par des psychologues compétents pour assurer l'aspect thérapeutique constant du soutien. Ce type d'intervention, bien qu'apportant une normalisation par les pairs à la clientèle psychiatrique, ne remplace pas une thérapie. Une thérapie doit toujours être fournie en parallèle par un psychologue compétent dans le traitement du trouble mental concerné;

- Le MSSS doit s'assurer que les différents ministères impliqués dans la gestion des facteurs de la santé mentale reconnaissent l'expertise des jeunes et des organismes qui les représentent en leur garantissant une représentation optimale à propos de tous les enjeux les concernant, notamment dans l'élaboration, l'implantation et l'évaluation des politiques et plans d'action. Les différents ministères impliqués peuvent s'assurer de la participation des jeunes en mettant en œuvre les principes suivants:
  - Des rapports non hiérarchiques;
  - La reconnaissance de l'expertise des participants;
  - L'accessibilité des outils à la participation;
  - Du soutien à la participation citoyenne;
  - Une rémunération appropriée.

### 3.5 Garantir la stabilité du soutien financier aux organismes communautaires oeuvrant dans le domaine de la santé mentale

Au Québec, le financement des organismes communautaires se fait de trois façons : appui à la mission globale, accord de prestation de services ou financement de projets. Seul l'appui à la mission globale peut recevoir un financement multiple étalé sur une année. Même si l'appui à la mission globale reste le mode de financement le plus courant, un apport substantiel de fonds provient toujours d'accords de prestation de services et de financements de projets<sup>81</sup>. Plusieurs organismes communautaires opèrent sur la base de bourses d'un an et cette insécurité financière les rend inaptes à s'engager dans des projets à plus long terme.

Le PASM 2015-2020 mentionne pourtant l'importance des organismes communautaires dans sa réalisation. Leur donner un financement fiable et renouvelable plusieurs fois par année pourrait donc les aider dans l'accomplissement de leur travail sur le terrain.

David Benrimoh, président du conseil d'administration du FRESQue pour l'année 2016-2017, a eu l'occasion de visiter en avril 2017 La Porte ouverte, un organisme communautaire opérant auprès des itinérants de Montréal<sup>90</sup>. Avec leur permission, il relate dans les discussions qu'il y a entendues sur les difficultés de viabilité que connaît cet organisme :

Un excellent exemple du besoin de financement dans les organismes communautaires est l'exemple de l'organisme La Porte ouverte, un service d'hébergement de jour pour les itinérants de Montréal. Cet organisme est unique, car il est le seul à accepter d'héberger même les itinérants intoxiqués. J'ai visité le centre récemment et j'ai vu le fabuleux travail qu'ils font, spécialement en tant que passerelle pour le traitement de troubles mentaux et au niveau de l'hébergement de personnes vulnérables par l'approche Logement d'abord.

Cet organisme opère dans une vieille église qui a besoin de rénovations. Cependant, ce n'est pas le seul problème. Le bâtiment a été mis à vendre par l'Église, qui laissera La Porte ouverte autant sans abri que ses usagers. Alors que ses gestionnaires se sont engagés

à ce qu'il continue d'exister, le manque de financement adéquat pourrait faire en sorte qu'il soit incapable de rester dans le même secteur géographique que ses utilisateurs. L'organisme ne peut pas faire de plans pour embaucher d'autres employés ou pour offrir de nouveaux services dans un tel climat d'instabilité financière.

Un financement stable et suffisant de la part du gouvernement pourrait prévenir des bouleversements sociaux tels que celui-ci. Allouer plus de ressources à des organismes comme La Porte ouverte, qui a certainement sauvé à l'État beaucoup de frais autant hospitaliers que judiciaires, leur permettrait d'aider les plus vulnérables de notre société.

Ce témoignage souligne le travail important réalisé par des organismes comme La Porte ouverte et la manière dont le contexte de financement actuel les freine dans leur mission, ce qui est particulièrement problématique quand celle-ci concerne la clientèle psychiatrique.

## Conclusion

Ces recommandations sont le fruit de la consultation de la relève en santé. S'appuyant sur des données probantes et sur le travail de terrain d'experts et de groupes communautaires, ces futurs professionnels présentent ici des pistes de solution à la fois opérationnalisables et représentatives d'un idéal de système de santé plus juste, accessible et équitable.

De ces 17 recommandations, trois ressortent comme principales, qui mettent en même temps de l'avant les trois sous-thèmes du présent mémoire :

- Révision du PASM 2015-2020 (recommandation 2.3) : une mise à jour des données pour un meilleur portrait populationnel et l'ajout d'indicateurs de performance clairs permettraient de mieux atteindre les objectifs du PASM 2015-2020;
- Couverture universelle de la psychothérapie (recommandation 2.6) : la psychothérapie est souvent plus efficace à long terme que la pharmacothérapie, mais demeure actuellement trop peu accessible dans le RSSS pour des raisons organisationnelles;
- Les ratios clientèle-personnel (recommandation 3.2) : l'épuisement professionnel pouvant avoir des conséquences graves sur la sécurité de la clientèle et la santé du personnel, l'instauration de standards de ratios clientèle-personnel s'impose.

Le FRESQue présente ces recommandations au ministère de la Santé et des Services sociaux avec la certitude que leur considération attentive résultera en une amélioration de l'accès et de la qualité des soins de santé mentale dans le système public du Québec.

# Médiagraphie

1. Agence de la santé publique du Canada (2006). «Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada». Repéré à : [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human\\_face\\_f.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_f.pdf)
2. Agence de la santé publique du Canada (2014). «Littératie en santé». Repéré à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/hl-ls/index-fra.php>
3. Aiken, L. H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., Silber, J. H. (2002). «Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction». *JAMA*, 288(16), 1987-1993.
4. Aljumah K. et Hassali M. A. (2015). «Impact of pharmacist intervention on adherence and measurable patient outcomes among depressed patients: a randomised controlled study». *BMC Psychiatry*, 15, 219.
5. Argyle, M. (2001). *The Psychology of Happiness* (2<sup>nd</sup> ed.). East Sussex: Routledge.
6. Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale au Québec. «Formation: L'autre côté de la pilule». Repéré à : <http://www.agidd.org/activites/formations/>
7. Association des infirmières et infirmiers du Canada (mars 2016). «La démence au Canada : Recommandations pour appuyer les soins prodigués à la population vieillissante du Canada». Repéré à : [https://www.cna-aic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/la-demence-au-canada\\_recommandations-pour-appuyer-les-soins-prodigues-a-la-population-vieillissante-du-canada.pdf?la=fr](https://www.cna-aic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/la-demence-au-canada_recommandations-pour-appuyer-les-soins-prodigues-a-la-population-vieillissante-du-canada.pdf?la=fr)
8. Association des psychologues du Québec (APQ). Repéré à : <http://www.apqc.ca/spip.php?article96>
9. Association pour la santé publique du Québec. (2017). «Budget Québec 2017-2018 : urgence d'investir davantage en prévention». Repéré à : [http://www.aspq.org/documents/file/03-29-2017\\_communique\\_presse-aspq\\_budget-quebec-2017-2018.pdf](http://www.aspq.org/documents/file/03-29-2017_communique_presse-aspq_budget-quebec-2017-2018.pdf)
10. Association québécoise des centres communautaires pour aînés. (2014). «Mémoire : Projet de loi n°10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales». Repéré à : <http://www.aqcca.org/images/stories/pdf/aqcca%20-%20memoire%20pl10.pdf>
11. Association québécoise des pharmaciens propriétaires. (2016). «Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 81», p. 36-38. Repéré à : <http://www.monpharmacien.ca/wp-content/uploads/2016/03/Memoire-PL81-AQPP.pdf>
12. Barlow, D. H. (2014). *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual* (5<sup>th</sup> ed.). New York: Guilford.
13. Bédard, J. «3 minutes pour changer un comportement». Repéré à : [http://www.lemieuxbedard.com/emc/files/3\\_Minutes\\_pour\\_changer\\_un\\_comportement.pdf](http://www.lemieuxbedard.com/emc/files/3_Minutes_pour_changer_un_comportement.pdf)
14. Bhanbhro, S., Gee, M., Cook, S., Marston, L., Lean, M. et Killapsy, H. (2016). «Recovery-based staff training intervention within mental health rehabilitation units: a two-stage analysis using realistic evaluation principles and framework approach». *BMC Psychiatry*, 16(292).
15. Brosig-Koch, J., Hennig-Schmidt, H., Kairies, N. et Wiesen, D. (2013). «How to improve patient care? An analysis of capitation, fee-for-service, and mixed payment schemes for physicians». *Ruhr Economic Papers*, 412.
16. Canadian Pharmacists Association. (2015). «Services pharmaceutiques financés par les gouvernements provinciaux». Repéré à : [http://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/pharmacy-in-canada/Payment\\_for\\_Medication\\_2015\\_FR.pdf](http://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/pharmacy-in-canada/Payment_for_Medication_2015_FR.pdf)
17. Canadian Public Health Association. (2012). «An inter-sectoral approach for improving health literacy for Canadians: A discussion paper». Repéré à : [http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/intersectoral\\_e.pdf](http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/intersectoral_e.pdf)

18. Caron, J. et al. (2007). «La création d'une nouvelle génération d'études épidémiologiques en santé mentale». *Santé mentale au Québec*, 32(2), 225-238.
19. Centers for Disease Control and Prevention. (2014, November 12). «LGBT Youth». Repéré à : <https://www.cdc.gov/lgbthealth/youth.htm>
20. Centre de prévention du suicide de Québec. «Formations généralisées». Repéré à : <https://www.cpsquebec.ca/formation-generale/#sentinelle>
21. Cho, J., Laschinger, H. K., et Wong, C. (2006). «Workplace empowerment, work engagement and organizational commitment of new graduate nurses». *Nursing Research*, 19(3), 43-60.
22. Commissaire à la santé et au bien-être. (2012). «État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux». Repéré à : [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE\\_EtatSituation\\_SanteMentale\\_2012.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf)
23. Commissaire à la santé et au bien-être. (2012). «Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux : Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec». Repéré à : [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE\\_RapportAppreciation\\_SanteMentale\\_2012.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_RapportAppreciation_SanteMentale_2012.pdf)
24. Commissaire à la santé et au bien-être. (2015). «Les médicaments d'ordonnance : Agir sur les couts et l'usage au bénéfice du patient et de la pérennité du système», p. 84. Repéré à : [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2015/Medicaments/CSBE\\_Medicaments\\_Recomm.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2015/Medicaments/CSBE_Medicaments_Recomm.pdf)
25. Commission de la santé mentale du Canada. (2015). «Guidelines for recovery-oriented practice: Hope. Dignity. Inclusion». Repéré à : [http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC\\_RecoveryGuidelines\\_ENG\\_o.p df](http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_RecoveryGuidelines_ENG_o.p df)
26. Conseil de la santé et du bien-être. (2000). «Rapport : Participation de la population et décision dans le système de santé et de services sociaux du Québec». Repéré à : [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilSanteBienEtre/Rapports/20001102\\_rapp\\_cfr.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilSanteBienEtre/Rapports/20001102_rapp_cfr.pdf)
27. Darnton-Hill, I., Nishida, C. et James, W. P. T. (2004). «A life course approach to diet, nutrition and the prevention of chronic diseases». *Public Health Nutrition*, 7(1A), 101–121. DOI: 10.1079/PHN2003584
28. De Rijdt, T., Willems, L., et Simoens, S. (2008). «Economic effects of clinical pharmacy interventions: a literature review». *American Journal of Health-System Pharmacy*, 65(12), 1161-1172.
29. Dersh, J., Gatchel, R. J., Mayer, T., Polatin, P. et Temple, O. R. (2006). «Prevalence of psychiatric disorders in patients with chronic disabling occupational spinal disorders». *Spine*, 31(10).
30. American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5<sup>th</sup> edition).
31. Direction de santé publique de la Montérégie. (2013). «Donner des ailes à leur réussite pour assurer aux tout-petits un bon départ». Repéré à : <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3566/Rapport-Colibri.pdf>
32. Doyle, Y.G., Furey, A. et Flowers, J. (2006) «Sick individuals and sick populations: 20 years later». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(5):396-8.
33. Dr Gill. K. Présentation PowerPoint : «Recovery transition program».
34. Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers. «Nursing workload and patient care». Repéré à : [https://nursesunions.ca/sites/default/files/cfnu\\_workload\\_paper\\_pdf.pdf](https://nursesunions.ca/sites/default/files/cfnu_workload_paper_pdf.pdf)
35. Fédération interuniversitaire des doctorants en psychologie (FIDEP) (2015). «Document-synthèse résumant les principaux faits liés à la non-rémunération de l'internat en psychologie et les conséquences pour les doctorants, les bénéficiaires des services de psychologie et les universités». Repéré à : <http://fidep.org/wp-content/uploads/2015/05/Document-synth%C3%A8se-FIDEP-30-10-2015.pdf>
36. Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ) (2016). «Investir en psychothérapie : un geste qui rapporte». Repéré à : [http://www.fmeq.ca/wp-content/uploads/2016/07/M%C3%A9moire-FMEQ\\_Psychoth%C3%A9rapie.pdf](http://www.fmeq.ca/wp-content/uploads/2016/07/M%C3%A9moire-FMEQ_Psychoth%C3%A9rapie.pdf)
37. Finley, P. R. et al. (2003). «Evaluating the impact of pharmacists in mental health: A systematic review».

- Pharmacotherapy, 12, 1634-1644.
38. Foldes-Busque, Guillaume et Savard, Josée. (Mars 2017). «Consultation de psychologues-experts de l'Université Laval».
  39. Gilbert, H., Slade, M., Bird, V., Oduola, S., et Craig, T. K. J. (2013). «Promoting recovery-oriented practice in mental health services: a quasi-experimental mixed-methods study». BMC Psychiatry, 13, 167. Repéré à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3683325/>
  40. Grenier, G. et Fleury, M.J. (2014). «Rôle du communautaire en santé mentale dans un système en évolution : état des connaissances et recommandations». Repéré à <https://www.erudit.org/revue/smq/2014/v39/n1/1025910ar.pdf>
  41. Hebert, L. E., Weuve, J., Scherr, P. A., & Evans, D. A. (2013). «Alzheimer disease in the United States (2010–2050) estimated using the 2010 census». Neurology, 80(19), 1778-1783. Repéré à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719424/>
  42. Hébert, G., Sully, J.-L. et Nguyen, M. (2017). «L'allocation des ressources pour la santé et les services sociaux au Québec : État de la situation et propositions alternatives». Institut de recherche et d'informations socio-économiques.
  43. Holder, M. D. (2012). «Happiness in children: Measurement, correlates and enhancement of positive subjective well-being». Éditions Springer, 87 p.
  44. Human Early Learning Partnership. (2011). «Synthèse : universalisme proportionné». Repéré à : [http://earlylearning.ubc.ca/media/publications/proportionate\\_universality\\_brief\\_fr\\_4pgs\\_-\\_29apr2013.pdf](http://earlylearning.ubc.ca/media/publications/proportionate_universality_brief_fr_4pgs_-_29apr2013.pdf)
  45. Institut de la statistique du Québec. (2010). «Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois». Repéré à : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/sante-mentale-action.pdf>
  46. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2015). «Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie : Volet I – Examen des données probantes sur l'efficacité et le coût de la psychothérapie comparativement à ceux de la pharmacothérapie dans le traitement des adultes atteints de troubles anxieux et dépressifs.» Repéré à : [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/PsychiatriePsychologie/INESSS\\_Psychotherapie\\_VoletI\\_cout\\_psycho\\_compare\\_cout\\_pharmaco.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/PsychiatriePsychologie/INESSS_Psychotherapie_VoletI_cout_psycho_compare_cout_pharmaco.pdf)
  47. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2015). «Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie : Volet II – Analyse des modalités et des conditions d'accès aux services de psychothérapie pour le traitement des adultes atteints de troubles dépressifs et anxieux». Repéré à : [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/PsychiatriePsychologie/INESSS\\_Psychotherapie\\_VoletII\\_modalites\\_conditions\\_acces.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/PsychiatriePsychologie/INESSS_Psychotherapie_VoletII_modalites_conditions_acces.pdf)
  48. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2015). «Surveillance des troubles de la personnalité au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services». Repéré à : <https://www.inspq.qc.ca/publications/1996>
  49. Iwasaki, Y., Coyle, C. P., & Shank, J. W. (2010). «Leisure as a context for active living, recovery, health and life quality for persons with mental illness in a global context». Health promotion international, 25(4), 483-494. Repéré à : <https://academic.oup.com/heapro/article/25/4/483/632476/Leisure-as-a-context-for-active-living-recovery>
  50. Jacob, B., Macquet, D., & Natalis, S. (2014). «Une réforme globale des soins en santé mentale basée sur une approche communautaire : l'expérience belge». Santé mentale au Québec 39(1) (2014): 209-242. Repéré à : <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2014-v39-n1-smq01474/1025915ar.pdf>
  51. Joint Commissioning Panel for Mental Health. (2013) «Guidance for commissioning public mental health services : Practical mental health commissioning». Repéré à : <http://www.jcpmh.info/wp-content/uploads/jcpmh-publicmentalhealth-guide.pdf>
  52. Kuznetsova, D. (2012). «Healthy places: Councils leading on public health». Repéré à [http://www.nlgn.org.uk/public/wp-content/uploads/Healthy-Places\\_FINAL.pdf](http://www.nlgn.org.uk/public/wp-content/uploads/Healthy-Places_FINAL.pdf)

53. Labrie, Y. et Frappier, J. (2016). «L'industrie de la pharmacie communautaire au Québec : un modèle à renouveler», 99 p.
54. Landrigan, C. P., Czeisler, C. A., Barger, L. K., Ayas, N. T., Rothschild, J. M., et Lockley, S. W. (2007). «Effective implementation of work-hour limits and systemic improvements». *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33(Supplément 11), 7-18.
55. Lavoie-Tremblay, M. (2007). «L'arrivée des nouvelles diplômées: une brise dans la tourmente». Communication présentée au congrès annuel de l'OIIQ, 2007.
56. Leblanc, S. et Sylvain, H. (2011). «Exploration des stratégies d'empowerment au travail d'infirmières d'une région isolée du Québec.» *L'infirmière clinicienne*, 8(2), 26-37. Repéré à : [http://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/documents/LeblancetSylvain\\_InfirmiereClinicienne\\_2011\\_Vol8no2pp26-37.pdf](http://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/documents/LeblancetSylvain_InfirmiereClinicienne_2011_Vol8no2pp26-37.pdf)
57. Lesage, A. et Émond, V. (2012). «Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services». Repéré à : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578\\_SurvTroublesMentauxQc\\_PrevalMortaProfilUtiliS\\_ervices.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProfilUtiliS_ervices.pdf)
58. Lockley, S. W., Barger, L. K., Ayas, N. T., Rothschild, J. M., Czeisler, C. A. et Landrigan, C. P. (2007). «Effects of health care provider work hours and sleep deprivation on safety and performance». *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33(Supplément 11): 7-18.
59. Loslier L. (1993). «Ambiocontrol as a primary factor of health». *Social Science and Medicine*, 37 (6), 735-43.
60. Ministère de l'éducation et de l'Enseignement Supérieur. «Projet pilote en apprentissage de la sexualité dans les écoles québécoises». Repéré à : <http://www.education.gouv.qc.ca/enseignants/dossiers/education-a-la-sexualite/des-apprentissages-essentiels>
61. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). «Plan d'action en santé mentale 2005-2010». Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-914-01.pdf>
62. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). «Implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide : Cadre de référence». Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-247-02.pdf>
63. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2012). «Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale». Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-844-03.pdf>
64. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). «Plan d'action en santé mentale 2015-2020». Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>
65. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). «Programme national de santé publique». Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>
66. Mitic, W., & Rootman, I. (2012). «An inter-sectoral approach for improving health literacy for Canadians: A discussion paper». Repéré à : [http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-1/intersectoral\\_e.pdf](http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-1/intersectoral_e.pdf)
67. Naylor, D. et al. 2003. «Learning from SARS: Renewal of public health in Canada». Repéré à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/pdf/sars-e.pdf>
68. Novotney, A. (2010). «Appreciating differences: The burgeoning science of intersectionality is adding to the understanding of how our multiple identities affect mental health». *Revue de l'American Psychological Association*, 41(9). Repéré à : <http://www.apa.org/monitor/2010/10/differences.aspx>
69. Organisation mondiale de la santé. (2004). «Investir dans la santé mentale». Repéré à : [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/InvMHBr8.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/InvMHBr8.pdf)
70. Organisation mondiale de la santé. (2014). «Déterminants sociaux de la santé». Repéré à : [https://www.who.int/social\\_determinants/fr/](https://www.who.int/social_determinants/fr/)
71. Organisme Point de Repères. Site officiel : [http://pointdereperes.com/?page\\_id=190](http://pointdereperes.com/?page_id=190)
72. Pollock, G., Newbold, B. K., Lafrenière, G., et Edge, S. (2012). «Discrimination in the Doctor's Office: Immigrants and Refugee Experiences». Repéré à :

- <http://www1.uwindsor.ca/criticalsocialwork/discriminationindoctoroffice>
73. Présentation orale de D<sup>r</sup> Eric Latimer au cours du Sommet annuel du FRESQue 2017. Accessible en ligne sur la page suivante : <https://www.lefresque.com/webdiffusion-livestream/>
  74. Régie de l'assurance maladie du Québec. (2015). «Entente relative à l'assurance maladie entre l'association québécoise des pharmaciens propriétaires et le ministre de la santé et des services sociaux». Repéré à : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/260-pharmaciens/ententeaqppmsss2015.pdf>
  75. Ordre des psychologues du Québec. (2016). «Rapport annuel 2015-2016». Repéré à : <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/135241/Rapport+annuel+2015-2016+-+final/f31a4f3f-8dd2-4920-94c5-5e715ed4ba91>
  76. Regroupement des ressources alternatives en santé mentale au Québec. (2016). «La gestion autonome de la médication en santé mentale». Repéré à : [http://www.rasmq.com/GAM/documents/GAM\\_brochure\\_VFweb.pdf](http://www.rasmq.com/GAM/documents/GAM_brochure_VFweb.pdf)
  77. Rootman, I., et Ronson, B. 2005. «Literacy and health research in Canada: Where have we been and where should we go?». Revue canadienne de santé publique, 96(Suppl. 2), 62-77.
  78. Sabin, J. A., Riskind, R. G. et Nosek, B. A. (2015). «Health care providers' implicit and explicit attitudes toward lesbian women and gay men». American Journal of Public Health, 105(9), 1831- 1841.
  79. Sacker, A., et Cable, N. (2006). «Do adolescent leisure-time physical activities foster health and well-being in adulthood? Evidence from two British birth cohorts.» European Journal of Public Health, 16, 331-335.
  80. Sairanen, S., Matzanke, D., & Smeall, D. (2011). «The business case: Collaborating to help employees maintain their mental well-being». Healthcare Papers, 11, 78-84. Repéré à : <http://longwoods.com/content/22413>
  81. Secrétariat à l'action communautaire autonome et aux initiatives sociales. (2006). «Profils régionaux sur le soutien financier». Repéré à: [https://www.mess.gouv.qc.ca/sacais/action-communautaire/profils\\_regionaux/index\\_en.asp](https://www.mess.gouv.qc.ca/sacais/action-communautaire/profils_regionaux/index_en.asp)
  82. Seng, J. S., Lopez, W. D., Sperlich, M., Hamama, L., et Reed Meldrum, C. D. (2012). «Marginalized identities, discrimination burden, and mental health: empirical exploration of an interpersonal-level approach to modeling intersectionality». Social Science & Medicine, 75(12), 2437-2445. Repéré à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23089613>
  83. Slade, M., et al. (2014). «Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems». World Psychiatry, 13(1), 12-20. Repéré à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3918008/>
  84. Sroujian C. (2003). «Mental health is the number one cause of disability in Canada». Insurance Journal.
  85. Statistique Canada. (2005). «Les corrélats des erreurs de médicament dans les hôpitaux». <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2008002/article/10565/5202501-fra.htm>
  86. Statistique Canada (2015). «Descriptions des états de santé au Canada. Maladies mentales». Repéré à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-619-m/2012004/sections/sectionf-fra.htm>
  87. Sweet, D. (2016, February 4). «McGill has a new tool in the battle against mental illness». McGill Reporter. Repéré à : <http://publications.mcgill.ca/reporter/2016/02/mcgill-has-a-new-tool-in-the-battle-against-mental-illness/>
  88. Taylor, C., et Peter, T. 2011. «Every class in every school: The first national climate survey on homophobia, biphobia and transphobia in Canadian schools». Toronto: EGALÉ Canada Human Rights Trust. Repéré à : <http://egale.ca/wp-content/uploads/2011/05/EgaleFinalReport-web.pdf>
  89. Teicher, M. et al. (2016). «Quality indicators for pharmaceutical care: a comprehensive set with national scores for Dutch community pharmacies». International Journal of Clinical Pharmacy, 38(4), 870-879.
  90. The Open Door. (2014). «Open Door Today». Repéré à: <http://www.opendoortoday.org/>
  91. The Society of Hospital Pharmacists of Australia (SHPA) (2000). «Committee of specialty practice in

- psychiatric pharmacy». SHPA Standards for the Practice of Psychiatric Pharmacy. Australian Journal of Hospital Pharmacy, 30(6): 292-295.
92. Thompson, L., & McCabe, R. (2012). «The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review». BMC psychiatry, 12(1), 87. Repéré à : <https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-12-87>
93. Thornicroft, G., Rose, D., et Kassam, A. (2007). «Discrimination in health care against people with mental illness». International Review of Psychiatry, 19(2): 113-122. Repéré à : <https://meded.duke.edu/practice/wp-content/uploads/2012/05/ainstPeoplewithMentalHealthIllness-IntlReviewofPsych20071.pdf>
94. Tremblay, P. et Côté, E. (2011). «Le portail d'information prénatale : Santé mentale». Repéré à : <https://www.inspq.qc.ca/Data/Sites/8/SharedFiles/PDF/sante-mentale.pdf>
95. Unité de recherche en pratique pharmaceutique du CHU Sainte-Justine. (2016). «Impact Pharmacie - Économie de la santé». Repéré à : <http://impactpharmacie.org/Synthese.php?lan=00&TLien=Synthese&valeur=253>
96. Wilkins, K., & Shields, M. (2008). «Les corrélats des erreurs de médicament dans les hôpitaux. Rapports sur la santé», 19(2). Repéré à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2008002/article/10565-fra.htm>
97. Wilson, A. et Childs, S. (2002). «The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review». British Journal of General Practice, 52(485), 1012-1020.