

**Bilan d'implantation du plan d'action  
2005-2010 en santé mentale  
*La force des liens*  
Région de la Capitale-Nationale**

**Le point de vue des utilisateurs  
des services de santé mentale  
de la région de Québec**

**Décembre 2010**

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Population en général</b>	
<i>partenariat avec les personnes utilisatrices de services</i>	p. 3
<i>information et sensibilisation en santé mentale</i>	p. 5
<i>Services courants</i>	p. 6
<i>Services de crise</i>	p. 8
<b>Les enfants et les jeunes ayant un trouble mental</b>	
Évaluation et traitement première ligne	p. 9
<b>Les adultes ayant un trouble mental grave</b>	
évaluation et traitement-première ligne	p. 10
évaluation et traitement - hiérarchisation des services	p. 10
suivi intensif et soutien d'intensité variable	p. 11
services résidentiels	p. 12
intégration au travail	p. 13
intervention préventive	p. 13
<b>Les personnes à potentiel suicidaire élevé</b>	p. 14
<b>Les personnes présentant plusieurs problèmes</b>	
personnes présentant un diagnostic de comorbidité	p. 15
<b>Les enjeux 2010-2015</b>	p. 16
<b>Conclusion</b>	p. 19

## **La population en général**

### *Partenariat avec les personnes utilisatrices*

On constate depuis plusieurs années une volonté ferme de l'Agence à impliquer les utilisateurs de service de santé mentale dans les structures décisionnelles. Certaines actions ont démontré concrètement ce désir. Pensons seulement au soutien financier du premier colloque des usagers, à la création de l'APUR ou à la mise en place du plan d'action d'intégration des personnes handicapées. Il est également possible de noter la présence accrue des usagers autour des tables de concertation ou aux différents comités impliquant des décisions pouvant avoir des effets directs sur leur vie. Les personnes ont également eu la possibilité de s'impliquer par le biais des formations sur le rétablissement ainsi que la formation d'une cohorte de pairs aidants dont on constate la croissance à chaque année.

Toutefois, il existe encore de nombreuses lacunes en ce qui a trait au partenariat avec les utilisateurs de services. Pensons d'abord aux pairs aidants actuellement engagés dans divers organismes. Dépendamment des milieux d'embauche, leurs droits et responsabilités ne sont pas les mêmes. Alors que certains milieux permettent à ces travailleurs d'effectuer des notes aux dossiers des usagers et des suivis, par exemple à PECH ou encore à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, d'autres l'interdisent formellement, par exemple le CSSS Vieille-Capitale. Cela a pour effet de diminuer la qualité des services offerts par le pair aidant qui ne peut connaître les interventions réalisées auprès de la personne ou même son plan d'intervention. Ceci met en péril la continuité des services, parfois même la vie des usagers par exemple en cas de crise suicidaire. Nous sommes donc en droit de nous questionner quant à la reconnaissance réelle de leur apport dans une équipe de travail. Les différentes équipes sont souvent mal préparées à l'arrivée d'un pair aidant et manquent souvent

de connaissances quant à leur rôle, ce qui amène assurément jugements et frustrations de la part des collègues de travail. Il serait souhaitable que le titre d'emploi de pair aidant soit enfin reconnu dans les services sociaux, donnant ainsi accès à ces travailleurs aux mêmes avantages que les autres employés.

Par ailleurs, on oublie souvent que siéger à un comité ou une table de concertation exige un investissement considérable en temps (déplacement, lecture, présence). Alors que la majorité des participants assistent aux rencontres dans le cadre de leur travail, l'usager, lui, le fait à ses propres frais. Contrairement aux autres, il se retrouvera seul avec ses questionnements suite à la rencontre à l'inverse du travailleur qui est en mesure de discuter avec ses pairs, et souvent d'obtenir du soutien et un éclairage différent de la part des autres. Aussi, le constat revenant le plus souvent est que les participants sont souvent mal formés et mal outillés pour participer activement ces comités. De plus, cela exige parfois d'être très politisé et de maîtriser plusieurs dossiers parallèles, donc demande des compétences spécifiques. Le manque d'argent, de temps et d'effectifs humains limitent les possibilités de formation efficace et continue, de même que le soutien susceptible d'être offert à des usagers désireux de s'impliquer de façon active au sein des différentes instances.

En ce qui concerne les CSSS qui doivent s'assurer de l'implication des usagers, on constate un réel manque d'uniformité dans ce domaine. Selon le territoire, les efforts pour impliquer les usagers diffèrent. Il est difficile de dire comment est diffusée l'information aux usagers, quelles sont les aides techniques qui leur sont offertes dans le cadre de leur implication et on peut même se questionner sur le mode de recrutement pour impliquer les usagers dans les instances décisionnelles. On se questionne sur la participation réelle des usagers à l'évaluation des services ou encore lors des décisions sur les orientations aux services à offrir. De plus, plusieurs usagers de territoires plus retirés constatent qu'il est complexe pour eux de se faire entendre, la participation aux différentes instances décisionnelles est difficile et souvent les

gens se retrouvent à devoir payer frais de repas et de déplacement de leur poche [quand ils sont invités]. À noter que l'on retrouve souvent les mêmes usagers à différents comités. Il serait souhaitable d'avoir une plus grande diversité de participants car ceux-ci seraient plus représentatifs de la réalité des personnes atteintes d'un trouble mental.

### ***Information et sensibilisation en santé mentale***

Dans ce domaine, il est possible de noter de belles initiatives. Une campagne publicitaire télédiffusée et très bien montée a été réalisée. La participation à la semaine nationale de la santé mentale ou encore la distribution d'affiches promotionnelles.

Toutefois, il y a encore énormément de travail à faire pour diminuer la discrimination et la stigmatisation des personnes présentant un problème de santé mentale. On peut d'abord se questionner à plusieurs niveaux. Par exemple, lorsque les CSSS participent à la distribution d'affiches promotionnelles, qui cela touche-t-il réellement et quels sont les impacts d'un tel type de promotion? Où sont diffusées ces affiches? Par ailleurs, on doit de nouveau constater que les différents CSSS ne présentent pas d'uniformité quant à ce qui est réalisé en ce domaine. Certains CSSS feraient des représentations isolées auprès de différentes instances (SHQ, GRT, OMHQ) pour faire valoir les besoins de leur clientèle. Malheureusement, ces besoins supposés sont souvent déterminés sans même questionner les usagers sur leurs besoins réels. En fait, ces actions sont effectuées selon les besoins évalués du point de vue des intervenants et priorisés comme tels.

Plusieurs solutions pourraient efficacement contribuer à la diminution des préjugés face à la santé mentale. Par exemple, commencer plus tôt à informer les enfants sur ce qu'est la santé mentale semble une possibilité intéressante. Au moment où ils sont

sensibilisés face aux drogues, à la santé physique et à la sexualité, pourquoi ne pas intégrer le volet santé mentale? Non seulement les jeunes sauraient ce qu'est un problème de santé mentale, mais ils pourraient également développer plus tôt des moyens adéquats pour préserver une santé mentale adéquate. Plus tôt sera enseignée la question de la santé mentale, plus ce sera normalisé, moins les préjugés seront présents. Il serait aussi important d'impliquer des utilisateurs de services comme porte-parole, pour sensibiliser la population. Également, plusieurs actions sont menées par exemple la Commission canadienne de santé mentale. Certaines actions pourraient être menées en collaboration et même inspirer des actions purement québécoises. Toutefois, ces concertations demandent temps et argent et ne peuvent être menées par le réseau communautaire.

### *Services courants*

Bien évidemment, la mise en place d'un guichet d'accès en santé mentale facilite l'orientation vers les services appropriés. De même, le partenariat développé avec certaines ressources présente un grand intérêt.

Il est vrai que les différentes références vers les services de première ligne se font à l'intérieur d'un délai de sept jours. Toutefois, la prise en charge par le service auquel l'utilisateur est référé peut se révéler beaucoup plus longue. On constate également que malgré la longueur des différentes listes d'attente, nombreux sont ceux qui ne sont pas orientés vers des services alternatifs entre temps. Cela a une conséquence directe sur l'état de santé mentale de la personne qui tend à se dégrader rapidement, à devenir plus complexe et souvent multiproblématique.

Par ailleurs, nombreux usagers ne nécessitent pas de soins spécialisés de la part d'une équipe traitante. Un simple médecin de famille pourrait être suffisant. Toutefois, deux réalités cuisantes se font sentir chez les usagers face à cet aspect. La première est le

manque de médecin de famille même pour les clientèles plus à risque comme les personnes présentant un trouble mental grave. Ensuite, plusieurs ont la chance de bénéficier des services d'un médecin. Néanmoins il appert important de souligner que certains généralistes ne sont pas en mesure d'assumer le suivi de cette clientèle. Plusieurs sont ceux qui seraient prêts à offrir le service s'ils avaient accès au soutien nécessaire, ce qui n'est pas le cas actuellement. Cela retarde encore plus le délai d'attente à des services de qualité et de proximité.

Plusieurs usagers subissent également certains facteurs handicapants à l'accès aux services. Leur grande scolarité favorise souvent que des usagers dits plus vulnérables reçoivent des services plus rapidement sous prétexte que la personne scolarisée possède des outils pour se maintenir. Il semble important de ne pas oublier qu'un usager en crise, peu importe sa scolarité, doit recevoir les soins et le support nécessaires à sa condition.

Aussi, certains services sont encore plus longs à obtenir faute d'effectifs suffisants en première ligne. Plusieurs usagers devront attendre plusieurs années avant de pouvoir obtenir un suivi avec un psychologue, un suivi avec un travailleur social ne répondant pas à leur besoin. De plus, ces services sont souvent limités dans le temps et ne permettent pas de régler complètement les problèmes de la personne dont l'état se détériorera inévitablement de nouveau, alors la personne devra retourner encore sur une longue liste d'attente. Il n'existe actuellement pas un choix réel entre le suivi psychologique et l'approche médicale alors même que les deux devaient être complémentaires. La majorité des utilisateurs de services ne peuvent se tourner vers les services privés, trop onéreux pour eux. Il est également possible de constater des disparités entre les territoires. Dépendamment de l'endroit où l'on vit et de la sensibilité des gestionnaires des CSSS, l'accès au service sera plus ou moins long. Ce qu'il faut entendre par là est qu'il demeure un droit de gestion de favoriser

l'embauche de travailleurs sociaux ou de psychologues. Des services alternatifs devraient être développés de ce côté afin de pourvoir à la demande.

### *Les services de crise*

Les services de crise sont bien montés et efficaces dans la région de Québec. Toutefois, les régions plus éloignées ne bénéficient pas ou peu de tels services. Encore faut-il ajouter que ce n'est pas la majorité des gens qui connaissent les services mobiles de crise du Centre de crise, que ce service est peu diffusé et mal connu des usagers nouvellement entrés dans le réseau de la santé mentale ou encore inconnu de leur famille, généralement les principales aidantes de l'utilisateur. Par ailleurs, en ce qui concerne le service offert par l'organisme PECH, il est à noter que cela demeure un pouvoir discrétionnaire du policier de faire appel ou non à ce service. Donc, l'accès demeure variable selon les agents en service. Des drames, tel le cas de Claudio Castagnetta, auraient pu être évités si l'appel au service de crise devenait systématique. Il est à noter que la majorité des usagers nomment que s'ils avaient la possibilité d'avoir des services avant la dégradation de leur état, cela serait beaucoup plus aisé de se remettre sur pieds rapidement. Cela contribuerait également à diminuer le temps d'attente dans les urgences psychiatriques et le traumatisme lié à cette expérience. Malheureusement, le seul moyen d'accéder rapidement à des services c'est souvent de se rendre à l'urgence.

## **Les enfants ayant un trouble mental**

### *Évaluation et traitement en première ligne*

Les utilisateurs de service membres de l'APUR ont formulé peu de commentaires à ce sujet. Ce qui ressort toutefois est ceci : d'abord, les services de santé mentale pour les jeunes manquent de continuité. Ce qu'il faut comprendre est que le passage entre 17 et 18 ans ne se fait pas de façon fluide. Cette étape est souvent mal préparée et le jeune se retrouve souvent dans un creux de services. Il y aurait avantage à mieux préparer cette phase de transition, à mieux outiller les intervenants à cet effet. Malheureusement, les services de santé mentale adulte et ceux jeunesse travaillent peu ensemble et connaissent mal les services offerts à l'autre clientèle d'où le manque de fluidité entre les deux catégories de services. Un fait troublant est toutefois porté à notre attention. Un parent atteint d'un problème de santé mentale dont l'état se dégrade et qui fait le choix d'agir de façon responsable et préventive n'aura pas accès aux services jeunesse aux mêmes conditions qu'un parent irresponsable. En effet, le parent non compétent verra son enfant placé et devra déboursé un montant minime pour ce placement. Un parent atteint d'un trouble mental, qui demande un placement volontaire de son enfant dans le but d'éviter une dégradation de son état mental et par conséquent de l'état de son enfant, devra assumer entièrement les frais de placement. Par ailleurs, l'accès aux services de santé mentale pour un jeune en première ligne demande encore beaucoup de temps, laissant place à une dégradation du problème.

## **Les adultes ayant un trouble mental**

### *Évaluation et traitement première ligne*

D'abord, tel que mentionné précédemment, il est souvent très long avant d'avoir accès à des services de première ligne en santé mentale, malgré les différents guichets d'accès mis en place sur tout le territoire. Les délais d'attente varient entre les territoires, de nouveau, il y a un manque d'uniformité de ce côté. Il est hasardeux de débiter un traitement sans connaître la cause réelle des problèmes, particulièrement si la personne ne possède pas un suivi par un médecin de famille. Toutefois, pour faire préciser un diagnostic, ou même seulement obtenir un premier diagnostic, l'attente est interminable. On est encore très loin de la cible souhaitée, et durant l'attente, l'état de la personne se dégrade et se complexifie. Le rétablissement sera plus long et nécessitera plus de ressources. De plus, plusieurs ont indiqué lors de la consultation en avril dernier qu'ils n'ont pas été référés à des organismes communautaires pouvant offrir rapidement un suivi ou d'autres services de soutien au cours de la période d'attente.

### *Évaluation et traitement-hiérarchisation des services*

Évidemment, la création du module d'évaluation liaison est une excellente initiative ayant pour effet de faciliter le processus pour obtenir une évaluation psychiatrique. Toutefois, les délais souhaités pour réaliser cette évaluation sont de beaucoup supérieurs à la cible attendue lors de la mise en place du service. Tel que spécifié plutôt, les usagers en attente se retrouvent souvent dans un vide, sans services faute de référence à des services alternatifs. La mise en place d'infirmières de liaison dans les groupes de médecine familiale et l'ouverture d'un guichet pour obtenir un médecin de famille sont des mesures également très positives bien que peu efficaces.

En fait, la présence des infirmières qui font la liaison est souhaitable, mais ne permet pas d'accélérer l'accès aux services vu les longues listes d'attente. De même, le guichet permet de centraliser les demandes et un meilleur traitement des priorités, mais encore là, le délai d'attente se fait cruellement ressentir.

### *Suivi intensif et soutien d'intensité variable*

Ces deux types de suivi sont fort appréciés de la part des usagers. Ils s'adaptent bien à leurs besoins selon les différentes étapes de leur vie. Également, le service de traitement intensif bref à domicile instauré par l'Institut s'avère être très estimé par les personnes y ayant eu recours. Ce soutien temporaire leur ayant soit permis d'éviter une hospitalisation, soit de l'écourter. Selon les usagers, les services de SI et de SIV demeurent peu accessibles dans le réseau. Les équipes manquent, le temps d'attente pour obtenir ce genre de suivi est extrêmement long. Les services ne sont généralement pas accessibles au moment où les gens en ont le plus besoin, soit au moment où ils déposent leur demande. L'investissement dans ces services serait très rentable selon les usagers. D'abord parce que cela répond à un besoin réel, ensuite parce que l'intensité du service offert varie dans le temps et évite une dégradation de l'état de la personne qui pourrait nécessiter une hospitalisation. Les utilisateurs préfèrent être soutenus dans leur propre milieu de vie, avec un bon filet de sécurité. Selon nous, cela favorise un rétablissement précoce de la personne qui évite généralement une hospitalisation souvent traumatisante. Évidemment, cela ne se substitue pas à une hospitalisation lorsque requise.

L'intégration des pairs aidants à l'intérieur des différentes équipes est une plus value. Cela permet à l'usager de développer de l'espoir, ayant face à lui un modèle positif et accessible de rétablissement. Et dans la plupart des cas, celui-ci a l'impression d'être vraiment compris. Pour sa part, le pair aidant amène un point de vue différent lors des rencontres d'équipes et permet aux autres intervenants de voir la situation sous un

jour différent et de maintenir les interventions axées vers le rétablissement optimal de la personne. De plus, nombreux sont ceux qui disent se confier plus facilement à un pair aidant puisqu'ils s'identifient à lui. Cela démontre l'importance que ce dernier ait les mêmes privilèges, par exemple consulter les dossiers et rédiger des notes évolutives, à l'image de tous les autres intervenants.

### *Services résidentiels*

Plusieurs avancées ont été réalisées dans ce domaine mais on constate encore un manque flagrant dans le domaine du logement social. En fait, ce serait plus de 1200 programmes de subvention au loyer (PSL) qui devraient être développés pour répondre aux besoins immédiats pour tout le Québec (Vincent, 2010<sup>1</sup>). Évidemment, le redéploiement du parc RNI aura favorisé le développement de logement autonome répondant ainsi à une partie des besoins mais beaucoup reste encore à faire. Le développement de programme tel clé en main est très supportant pour ceux qui sont en logement autonome. Effectivement, le fait d'avoir un intervenant à qui se référer en cas de besoin sécurise tant le locataire que le locateur. Les propriétaires se sentent donc plus à l'aise d'accueillir des personnes atteintes d'un trouble mental. Pour l'utilisateur, cela peut lui éviter de perdre son logement dans les périodes plus sensibles de sa vie. Aussi, les usagers nomment apprécier avoir la possibilité d'obtenir un PSL plutôt qu'un HLM. Ils ont ainsi la possibilité de choisir leur quartier, endroit où ils se sentiront bien, évitant du coup la stigmatisation associée à la «ghettoïsation» des HLM. Toutefois, le manque d'effectifs en première ligne se fait sentir là aussi. Effectivement, il est parfois difficile pour les intervenants d'offrir le soutien aussi intensif que nécessaire, en période de fragilité du résident, lui assurant un suivi adéquat. La volonté y est, par contre, la lourdeur des charges de cas fait souvent obstacle à l'intensité des services requis.

### ***Intégration au travail***

Pour de nombreux usagers, une de leurs priorités et plus grande difficulté est la réintégration et le maintien sur le marché du travail régulier. On le sait, stabiliser un problème de santé mentale peut prendre plusieurs mois, voire plusieurs années. Au cours de cette période, les gens sont généralement en arrêt de travail puisque les efforts requis (changement de médication, thérapie, etc.) sont très éprouvants. Cela génère un trou de quelques années dans les curriculum vitae chez ceux qui sont en recherche d'emploi, insécurisant ainsi les employeurs. On constate également que dans le domaine de l'emploi, beaucoup demeure à réaliser en ce qui concerne la discrimination. On remarque souvent que les entrevues d'embauche sont conçues de façon à mettre en lumière les problèmes de santé mentale et ainsi ne pas retenir ces candidats pour un emploi éventuel. Également, il est très complexe d'avoir accès à des mesures d'accommodement pour les travailleurs sur le marché régulier de l'emploi. Il y a souvent peu de flexibilité dans les organisations. Effectivement, dans les milieux d'emploi, certaines mesures aussi banales que de travailler quatre jours semaine ne sont pas autorisées. Il y a un manque de souplesse flagrant à ce niveau. Enfin, l'option de travailler à temps partiel ou même sur appel peut difficilement être pensable. En effet, l'usager en arrêt de travail se verra amputer son chèque d'aide sociale ou d'assurances après avoir gagné un montant minime qui ne couvre souvent pas les frais de repas, déplacement, etc.

### ***Intervention préventive***

Plusieurs services auront été mis en place de ce côté. Toutefois, les usagers masculins font la remarque que les services sont peu connus d'eux et que l'accès au soutien par un CSSS peut être très long. D'ailleurs, le processus en soi les rend souvent hésitants à aller consulter. Par ailleurs, la non-récurrence des montants investis pour aider les hommes met en péril les programmes et l'intensité des services offerts. Plusieurs

suggèrent une intervention précoce dans ce domaine. Offrir plus de modèles masculins positifs en jeune âge serait souhaitable (garderie, école primaire, etc.)

### **Les personnes à potentiel suicidaire élevé**

Une belle avancée a été réalisée dans ce domaine : le programme SILAR du Centre de prévention du suicide. Toutefois, les intervenants des services communautaires desservant un bassin de population considérable ne peuvent avoir recours à ce service. Encore une fois, l'utilisateur devra attendre d'être en crise puisqu'il ne pourra avoir accès à ce service préventif par le biais de son intervenant régulier. Évidemment, la réalité du manque d'effectifs pour combler les besoins de ce programme doit être prise en compte. La formation offerte à quelque 150 infirmières et médecin en ce qui concerne l'intervention de crise et le dépistage des personnes à haut risque suicidaire est insuffisante. Rien de nouveau, une majorité d'utilisateurs n'a pas de suivi avec un médecin de famille. Par ailleurs, le médecin ou l'infirmière souhaitant référer la personne à des services de soutien de façon préventive se bute malheureusement à des listes d'attente interminables. En résumé, pas moyen d'y échapper, il faut être en crise pour obtenir des services.

## **Les personnes ayant plusieurs problèmes**

### *Personnes présentant un diagnostic de comorbidité*

Effectivement, quelques partenariats sont nés afin de soutenir les personnes avec un trouble de santé mentale et un problème de toxicomanie. Toutefois, on remarque encore des disparités entre les territoires des différents CSSS. En effet, ceux-ci ont le mandat de développer des collaborations pour les personnes atteintes de doubles problématiques, mais les usagers se questionnent. Selon quels critères sont décidées les collaborations et qui cible les besoins. Les usagers se sentent ici exclus du processus décisionnel. Encore une fois, les décideurs décident, les usagers « subissent ». Peu aura été fait dans ce domaine. Certaines avancées ont été réalisées particulièrement pour la jeunesse, mais peu pour l'adulte. Encore une fois, les organismes communautaires sont exclus des partenariats, freinant ainsi le processus de rétablissement de l'utilisateur et ajoutons que les processus de liaison ou de formations croisées se passe encore entre le réseau auquel n'a pas accès le communautaire qui soutient pourtant bon nombre d'utilisateurs. On sait également que la première ligne doit être formée à ce type d'intervention. Mais encore là, les délais d'attente sont déraisonnables et les doubles problématiques tendent à se dégrader et à se complexifier davantage. Alors que le soutien est inexistant lorsque l'on a une problématique d'intelligence limite, doublée d'une problématique de santé mentale et souvent d'un problème de toxicomanie, un travail colossal demeure à réaliser dans ce domaine. Les usagers remarquent également que les services de dégrisement offerts ont diminué. Plusieurs le déplorent puisque suite au dégrisement, le malaise étant très présent, c'était un moment de choix pour orienter les usagers vers des thérapies spécialisées santé mentale-toxicomanie.

## **Enjeux 2010-2015**

En ce qui concerne les utilisateurs des services en santé mentale, plusieurs enjeux ressortent pour les années à venir sur lesquels il importe de miser. D'abord, l'accès aux services dans un délai raisonnable afin d'éviter une dégradation de l'état mental de la personne. Évidemment, plus l'état se dégrade, plus le rétablissement sera long et ardu. Réduire les listes d'attente pour un suivi en santé mentale s'avère donc un enjeu primordial. Aussi, l'évaluation se doit d'être réalisée dans un délai plus court pour les mêmes motifs.

La promotion et la prévention dans le domaine de la santé mentale doivent demeurer une priorité. Plus grand sera le nombre d'informations réalistes diffusées et plus la population sera en mesure d'avoir des croyances réalistes face à la santé mentale. Il en résulte donc une déstigmatisation importante et une normalisation de la problématique, la replaçant au même niveau que les problèmes physiques. Par ailleurs, plus les enfants seront informés tôt des différentes problématiques de santé mentale au même titre que la drogue et les maladies sexuellement transmissibles, moins le tabou sera grand. Plus les gens sont informés, plus le dépistage précoce des problématiques se simplifie.

Un autre enjeu très important ressort du discours des utilisateurs de service : le choix du traitement à recevoir, ce que la réalité des listes d'attentes ne permet pas actuellement. Les usagers doivent avoir accès à des traitements médicaux et psychologiques selon leurs choix et leurs besoins. Les deux possibilités doivent être présentées à la personne et l'opportunité de faire un choix doit être possible suivant un délai d'attente raisonnable. D'ailleurs, le secteur communautaire offre une panoplie de suivis et services qui sont malheureusement peu connus par les intervenants des CSSS et surtout de ceux de l'Institut universitaire en santé mentale.

Ces références devraient être remises systématiquement à l'utilisateur lorsqu'on l'informe que le délai d'attente pour accéder à un service est de plusieurs mois. Ce dernier pourrait ainsi obtenir les services nécessaires à sa situation plus rapidement et maintenir son état mental le temps d'accéder aux services des CSSS.

Le développement de pratiques novatrices est également un enjeu primordial comportant plusieurs facettes. D'abord, il devient urgent de développer des services spécialisés pour des clientèles spécifiques tel les personnes âgées. Également, un meilleur arrimage des services et un accès plus fluide aux traitements des personnes avec un diagnostic de comorbidité seraient souhaitables vu l'ampleur toujours croissante de cette clientèle. Les partenariats entre les services, mais également avec les services communautaires devraient être améliorés. Les services devraient être revus en fonction des données probantes de recherche et de mettre l'emphase sur le rétablissement. Non seulement ces approches, par exemple l'approche axée sur les forces, apportent des résultats positifs à l'utilisateur, mais également aux travailleurs et aux organisations. Les intervenants ont moins tendance à souffrir d'épuisement, ce qui diminue les coûts sociaux et financiers pour les organisations et permet d'accroître l'offre de service et ainsi diminuer les listes d'attentes. Par ailleurs, les services offerts entre les territoires devront être uniformisés.

Un autre enjeu important pour les prochaines années sera celui du logement social. Les recherches sont unanimes, avec un logement à coût abordable, tout devient possible, le rétablissement ouvre les bras à l'utilisateur, lui donne une perspective d'espoir. Dans le même sens, il semble impératif de réaliser des actions au niveau du travail. D'abord sur l'accès au marché du travail, sur la sensibilisation des employeurs et des différents milieux de travail, ensuite par des mesures d'accommodements. Nombreux sont les utilisateurs de services qui sont en mesure de travailler, si seulement on veut bien leur en donner la possibilité en adaptant soit les heures ou les horaires de travail.

En dernier lieu, l'enjeu le plus important demeure celui de l'implication des usagers dans les instances décisionnelles. Qui pourrait être mieux placé que l'utilisateur lui-même pour reconnaître ses besoins et les services dont il a besoin. Afin de participer activement, ces usagers devront être formés et soutenus dans leur implication.

## **Conclusion**

Beaucoup d'initiatives positives ont été effectuées tout au long de la mise en œuvre du plan d'action en santé mentale 2005-2010. Nombreuses réalisations amenant des résultats concrets pour les usagers des services de santé mentale. Le réseau de la santé a fait sa part. Les différents paliers gouvernementaux ont fait leur possible. Les organismes communautaires ont réalisé beaucoup avec peu et demeurent à l'avant-garde en ce qui concerne l'intervention et demeurent proactifs.

Les efforts doivent être soutenus au-delà du terme du plan d'action. Encore beaucoup doit être fait pour le bien-être des usagers des services, mais aussi pour le rétablissement social. Comme le dit si bien Nicolas Machiavel, un changement en prépare toujours un autre. Voilà pourquoi il faut persévérer et oser rêver que nos institutions offriront les meilleurs services dans un délai raisonnable à nos personnes et ainsi leur permettront de poursuivre leur rétablissement à un rythme adapté à leurs besoins, et ce, dans un avenir rapproché.