



Réseau
communautaire en santé mentale

La santé mentale doit être au cœur de la lutte à la pauvreté au Québec

Réseau communautaire en santé mentale (COSME)

Février 2016

Table des matières

1- Le Réseau communautaire en santé mentale (COSME)	(3)
2- La santé mentale et la pauvreté	(4)
3- Des compressions qui touchent les plus vulnérables	(4)
4- Moins de personnes admises au programme de la solidarité sociale	(5)
5- PAAS Action, le tiers des places supprimées	(7)
6- On coupe dans les Contrats d'intégration au travail (CIT)	(9)
7- Les appels de l'OMS et de l'OCDE	(9)
8- Santé mentale, exclusion et lutte à la pauvreté	(10)
9- La santé mentale et les conditions de vie	(10)
10- La santé mentale et l'espérance de vie	(11)
11- Les problèmes de santé mentale et la malnutrition	(12)
12- Les jeunes et la santé mentale	(13)
13- Le manque de ressources en santé mentale	(14)
14- Briser les silos ! La santé mentale n'est pas que l'affaire du MSSS	(14)
15- Le milieu communautaire de la santé mentale doit être soutenu	(15)
16- Le Plan d'action en santé mentale du MSSS : aller plus loin !	(16)
17- Inégalités, pouvoir d'agir, psychothérapie et soutien	(17)
18- On répond mal au besoin de se loger	(18)
19- Le travail, les études et l'exclusion zéro	(19)
20- Le revenu, le travail à temps partiel et la participation citoyenne	(20)
21- Un chantier à créer	(22)
Annexe 1 : Comparaison des revenus d'aide sociale avec les seuils de faible revenu, provinces du Canada	(23)
Références	(25)

1- Le Réseau communautaire en santé mentale (COSME)

Le Réseau communautaire en santé mentale (COSME) a été créé en 2012 et s'est donné pour mission de rejoindre et d'unifier l'ensemble des organismes communautaires de la santé mentale du Québec.

Font partie à ce jour du Réseau, les regroupements régionaux d'organismes communautaires de la santé mentale de l'Estrie, de la Mauricie-Centre-du-Québec, de la Capitale nationale, de Montréal, de la Montérégie, de l'Outaouais, du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de Laval. D'autres régions ont montré leur intérêt à rejoindre le COSME.

Les regroupements régionaux membres du COSME représentent 245 organismes communautaires, soit environ les deux tiers des organismes reconnus par le MSSS, ce qui en fait le plus important collectif de la santé mentale au Québec

35 propositions pour la santé mentale

En préparation du nouveau Plan d'action en santé mentale du MSSS, le Réseau communautaire en santé mentale a réuni, en mai 2013, des participantes et participants provenant de huit régions du Québec pour élaborer des propositions qui ont suscité une forte approbation dans le milieu communautaire de la santé mentale.

Les 35 propositions issue de cette consultation représentent une vision toujours actuelle et largement partagée au sein du milieu communautaire sur ce qu'on attend du gouvernement québécois à l'égard de la santé mentale.

Certaines de ces propositions concernent la lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale. Le présent document s'en est largement inspiré.

On peut consulter le cahier des 35 propositions sur le site cosme.ca

2- La santé mentale et la pauvreté

La pauvreté et l'appauvrissement des populations constituent un des plus puissants prédictors de la genèse, de la chronicisation, de l'alourdissement et de l'augmentation de l'ensemble des problèmes de santé mentale. ¹

D'une part, les mauvaises conditions socioéconomiques entraînent une dégradation de la santé mentale ; d'autre part, les problèmes de santé mentale entraînent une dégradation du statut socioéconomique. C'est ainsi que pauvreté et difficultés de santé mentale s'alimentent mutuellement.

Selon la pédopsychiatre Sylvaine De Plaen, « ce sont les conditions socioéconomiques fragiles qui font le lit des problèmes de santé mentale pour les enfants comme pour les adultes » (La Presse 9 novembre 2013).

La réalité de liens entre santé mentale et pauvreté est rarement reconnue dans les analyses et plans d'action du gouvernement québécois. Le document de consultation du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS) dans le cadre de la préparation du troisième Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale au Québec omet à nouveau de faire mention des liens entre santé mentale et pauvreté.

Pour le Réseau communautaire en santé mentale (COSME), lutter contre la pauvreté et améliorer la santé mentale au Québec ne vont pas l'un sans l'autre. Ce sont des responsabilités collectives qui interpellent l'État et l'ensemble de la société.

3- Des compressions qui touchent les plus vulnérables

La consultation autour du Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale survient au moment où le gouvernement effectue des compressions budgétaires qui ont des répercussions là où les besoins sont pourtant criants. Les programmes touchés, visant particulièrement les personnes vulnérables, ont de lourdes conséquences sociales et économiques, a constaté la Protectrice du citoyen dans son dernier rapport annuel.

¹ Jean-Bernard Robichaud, Lorraine Guay, Christine Colin, Micheline Pothier, avec le concours de Jean-François Saucier, *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale*, Gaëtan Morin éditeur, 1994.

Manifestement, les objectifs de réduction budgétaire ont des effets sur les Québécoises et Québécois parmi les plus démunis. Nous déplorons particulièrement que le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS) réduise l'accès à l'allocation de revenu destinée aux personnes ayant des contraintes de santé sévères.

À la sécurité du revenu, le programme qui soutient le revenu des personnes vivant avec des difficultés de santé mentale, d'incapacité physique ou de déficience intellectuelle subit des compressions. Entre 2012 et novembre 2015, le nombre de personnes admises à l'allocation de revenu pour contraintes sévères à l'emploi a diminué de 131 156 à 127 801.

Parmi les personnes pour qui un diagnostic médical a été posé et qui les rendent admissibles à un soutien particulier au revenu, le plus important groupe est celui des 54 799 personnes ayant des troubles de santé mentale (40,8%), suivi des personnes ayant des contraintes physiques (31,1%) et intellectuelles (18,5%). Pour toutes ces catégories, le nombre de personnes qui accèdent au programme diminue.

On ne peut expliquer cette diminution par une amélioration du marché du travail. Cela ne peut être évoqué dans le cas des personnes pour qui l'emploi est hors d'atteinte en raison de leurs difficultés de santé physique ou mentale et par la rareté d'emplois adaptés à leur condition. Comme employeur, le gouvernement du Québec est d'ailleurs le premier fautif offrant très peu d'opportunités d'emploi pour des personnes ayant des contraintes de santé mentale et des handicaps.

4- Moins de personnes admises au programme de la solidarité sociale

Le Québec est plus restrictif que d'autres provinces lorsqu'il s'agit de déterminer la contrainte à l'emploi. Au Québec, 2,55 % de la population âgée de 14 à 64 ans sont reconnus comme présentant des contraintes à l'emploi qui rendent admissible à une allocation particulière d'aide sociale. Le pourcentage est de 2,95 % en Colombie-Britannique et de 3,57 % en Ontario. Toutes choses étant égales, si le Québec appliquerait les mêmes critères que l'Ontario pour déterminer si une personne présente une contrainte à l'emploi, ce sont près de 50 000 Québécoises et de Québécois de plus qui en bénéficieraient et toucheraient ainsi 324 \$ de plus mensuellement.

Tableau 1 : Pourcentage de la population présentant des contraintes à l'emploi

	Contraintes à l'emploi Décembre 2015	Population 14-64 ans 2015	
Québec			
Total	127 801	5 532 100	2,55%
Alberta			
Total	63 433	2 938 400	2,15%
Ontario			
Total	335 599	9 387 900	3,57%
Colombie-Britannique			
Total	94 198	3 182 800	2,95%

Sources : Ministères des provinces et Statistiques Canada. Note : Le pourcentage de personnes reconnues avec contraintes est moindre en Alberta , mais en contrepartie l'allocation mensuelle pour les personnes avec contraintes sévères est plus élevée, soit 1588\$, comparativement à 947\$ au Québec.

Tableau 2 : Allocation d'aide sociale au Québec pour personne seule

	Mensuelle	Annuelle
Adulte sans contraintes	623 \$	7 476 \$
Adulte avec contraintes temporaires	755 \$	9 060 \$
Adulte avec contraintes sévères	947 \$	11 580 \$

Source : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale

Les personnes les plus à risque de vivre une situation de faible revenu persistante habitent souvent seules, sont inactives ou à la recherche d'emploi, ou vivent avec une incapacité constatée le Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion (CEPE).

Selon l'Enquête canadienne sur la participation et les limitations d'activités (EPLA, 2006), au Québec, 12% des personnes sans incapacités ont un faible revenu après impôt, comparativement à 32% pour les personnes qui vivent avec des incapacités.

Parmi les 54 750 personnes qui reçoivent l'allocation de solidarité sociale pour contraintes sévères à l'emploi en raison de troubles de santé mentale, 93% d'entre elles vivent seules (MTESS, novembre 2015).

5- PAAS Action, le tiers des places supprimées

Le MTESS effectue des compressions radicales à son Programme d'aide et d'accompagnement social (PAAS Action) qui s'adresse principalement aux personnes éloignées du marché du travail en raison d'incapacités physiques, intellectuelles ou de troubles de santé mentale. Ce programme d'insertion sociale offre des occupations valorisantes à des personnes qui ne peuvent accéder à moyen terme à un emploi régulier. Le PAAS Action est aujourd'hui le seul programme de cette nature parmi les services gouvernementaux depuis que le ministère de la Santé et des Services sociaux a transféré les siens au MTESS.

De juillet 2013 à novembre 2015, le nombre de personnes admises au PAAS Action est passé de 3627 à 2442, soit une suppression de près du tiers des places disponibles. Des témoignages en provenance de partout au Québec font état d'annonces de nouvelles évictions du programme et de refus d'y inscrire des participants.

Au départ, l'objectif du programme, qui s'adresse particulièrement aux personnes présentant des contraintes sévères à l'emploi, était de les mettre en action et de favoriser leur participation sociale. Or, depuis le transfert au MTESS, on assiste à un détournement de la finalité du programme pour en faire une mesure qui vise l'intégration au marché du travail. Un échec assuré pour ces personnes dont la condition les rend très éloignées du travail régulier.

L'érosion du PAAS Action se poursuit malgré les représentations du RACOR en santé mentale et les paroles rassurantes des interlocuteurs ministériels rencontrés.

Ce sont des compressions qui ont de graves impacts sur des personnes vulnérables. Elles se voient freinées dans leur parcours vers le rétablissement et dans leurs efforts de participation à la vie citoyenne. Leur santé physique et mentale en est affectée.

Pour des personnes que l'on retire du programme, c'est le retour à l'isolement social. Pense-t-on à celles pour qui les conditions de santé vont se dégrader et vont se retrouver en besoin plus grand de soins médicaux et hospitaliers ?

Nous avons lancé un appel au gouvernement du Québec pour qu'il cesse cette inacceptable dérive et qu'il guide dorénavant son action dans le respect des engagements de l'Assemblée nationale à l'égard de la lutte à la pauvreté et de l'amélioration des conditions de vie personnes handicapées.

Nous persistons à demander que le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale et le ministère de la Santé et des Services sociaux se concertent dorénavant. À l'évidence, il appartient à ces ministères de développer conjointement des programmes de participation sociale et d'employabilité à l'intention des Québécoises et Québécois qui vivent avec des contraintes de santé mentale, intellectuelles ou physiques. Les demandes qui ont été faites à plusieurs reprises par le mouvement des personnes handicapées et celui des organismes de la santé mentale sont demeurées sans suite.

Pour notre part, nous sommes prêts à collaborer avec les autorités ministérielles dans la conception et la mise en œuvre de nouveaux programmes de participation sociale. Dans l'entretemps, nous demandons que le MTESS cesse sa pratique d'attrition des places au programme PAAS et en ouvre de nouvelles en réponse aux nombreuses demandes que reçoivent les organismes qui accompagnent les personnes dans un parcours de participation et d'intégration sociales.

6- On coupe dans les Contrats d'intégration au travail (CIT)

Le Contrat d'intégration au travail (CIT) est une mesure d'Emploi Québec qui vise à favoriser l'embauche et le maintien en emploi des personnes handicapées. La mesure compense financièrement l'employeur d'une personne handicapée pour les accommodements requis. Un accommodement peut être constitué d'une portion du salaire de l'employé handicapé, payé à un employeur pour compenser un manque de productivité ou des coûts accrus.

Pour Emploi Québec, est considérée handicapée la personne qui présente des contraintes ou limitations sévères à l'emploi de nature auditive, manuelle, visuelle, de la parole, limitation intellectuelle, mobilité physique réduite ou limitation en santé mentale. Les statistiques d'Emploi Québec ne détaillent pas la proportion des CIT attribuée à l'une ou l'autre des catégories.

Entre l'année 2013-2014 et l'année 2014-2015 le nombre de CIT financés par Emploi Québec et passé de 5037 à 4650, soit une diminution de 387 emplois subventionnés.

7- Les appels de l'OMS et de l'OCDE

Les problèmes de santé mentale sont la première source d'incapacités selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2013). Le Québec n'échappe pas à cette réalité. Les troubles de santé mentale causent aux personnes qui les subissent ainsi qu'à leurs proches de multiples difficultés. Les dommages humains et sociaux causés par une réponse inadéquate aux problèmes vécus sont sérieux et répandus.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2013) et l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE, 2014) ont demandé aux gouvernements de faire de la santé mentale une priorité. En investissant dans la santé mentale, un État peut améliorer les conditions de vie de la population et en retirer des bénéfices sociaux et économiques significatifs. Dans le même sens, un État qui améliore les conditions de vie et réduit la pauvreté parmi sa population diminue la présence des problèmes de santé mentale.

L'OCDE évalue que 5 % de la population est atteinte d'un important problème de santé mentale et qu'un autre 15 % vit avec une condition moins sévère.

Au Québec, l'Institut national de santé publique évalue que près de 12 % de la population vit des difficultés de santé mentale, soit 903 000 personnes. (INSP, 2012)

8- Santé mentale, pauvreté et exclusion

L'OCDE estime que les personnes qui vivent avec un problème sévère de santé mentale sont de six à sept fois plus souvent exclues du marché du travail que le reste de la population. Près du tiers des personnes atteintes de schizophrénie ne sont pas prises en charge convenablement par les systèmes de santé. Le pourcentage dépasse 50 % pour les personnes ayant un trouble bipolaire et 57 % pour les troubles anxieux.

Le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec confirme l'estimation de l'OCDE et conclut que pour la majorité des personnes ayant des troubles mentaux graves, l'aide sociale est généralement la seule source de revenus, étant donné que de 80 % à 90 % d'entre elles sont sans emploi (Commissaire, 2012).

9- La santé mentale et les conditions de vie

Le Québec doit s'inspirer de l'appel de l'Organisation mondiale de la santé dans son Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. « Les troubles mentaux, selon l'OMS, font souvent sombrer les individus et leur famille dans la pauvreté. Les personnes atteintes de troubles mentaux se retrouvent beaucoup plus fréquemment sans logement que la population générale et sont plus souvent incarcérées à tort, ce qui accroît encore leur marginalisation et leur vulnérabilité. »

L'OMS ajoute : « Du fait de la stigmatisation et de la discrimination, leurs droits fondamentaux sont souvent violés et beaucoup d'entre elles sont privées de leurs droits sociaux, économiques et culturels – restriction de leur droit au travail et à l'éducation, de leur droit à la procréation et de leur droit à la possession du meilleur état de santé qu'elles sont capables d'atteindre.

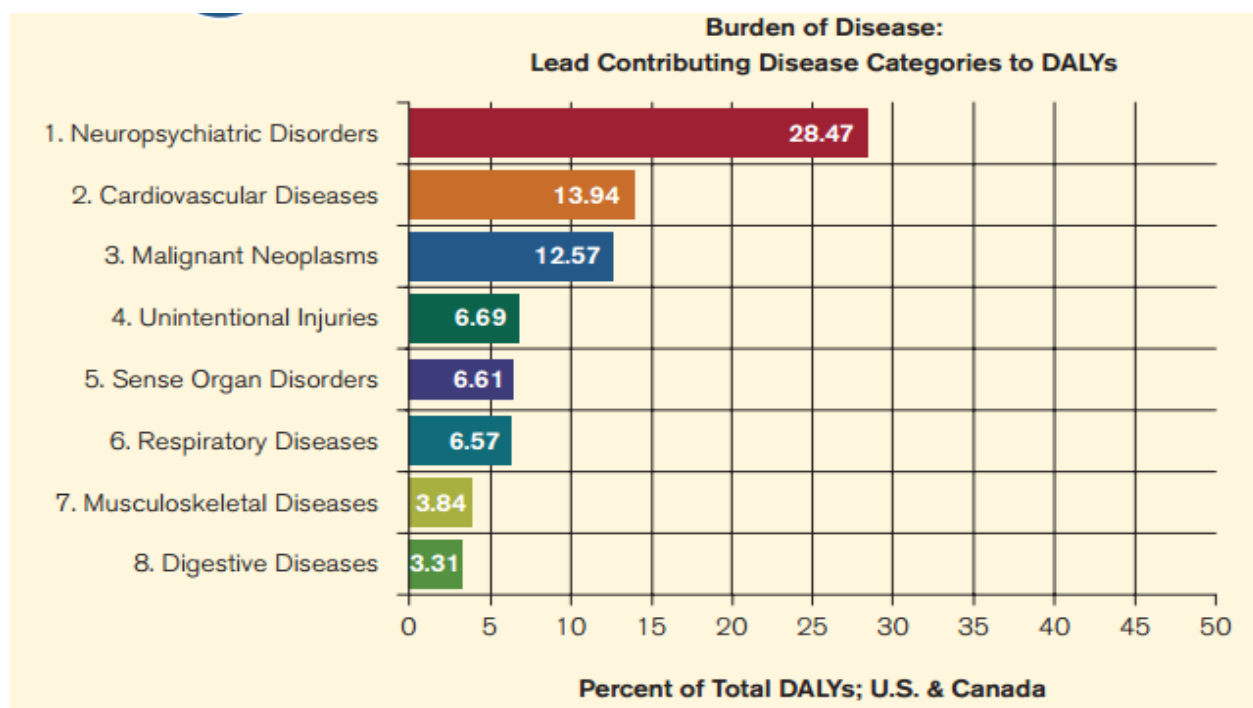
« Il arrive aussi qu'elles soient exposées à des conditions de vie peu hygiéniques et inhumaines, qu'elles subissent des sévices et des abus sexuels,

un défaut de soins et des traitements nocifs et dégradants dans les structures de santé. »

10- La santé mentale et l'espérance de vie

L'espérance de vie des personnes atteintes de troubles graves de santé mentale est en moyenne inférieure de 20 ans à celle rencontrée dans la population générale. Cette mortalité prématurée s'explique principalement par des problèmes de santé physique, en lien avec des conditions de vie et des déterminants sociaux défavorables à la santé, mentionne le Commissaire à la santé et au bien-être (2012).

Les troubles neuropsychiatriques provoquent davantage de pertes d'années en bonne santé que les troubles cardiovasculaires et les cancers mis ensemble.



SOURCE: WHO From http://www.nimh.nih.gov/statistics/2LEAD_CAT.shtml

DALY : DALY : Disability-Adjusted-Life-Year (Mesure des années perdues en raison de maladie, incapacité et mortalité précoce). Source: *National Institute of Mental Health, US Gov.*

11- Les problèmes de santé mentale et la malnutrition

Se nourrir, se loger, posséder une source de revenus et se divertir sont des conditions essentielles à la réadaptation et à la réintégration sociale des personnes ayant des troubles mentaux (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012).

La nourriture, ce besoin premier
- Annie Ernaux

De nombreuses études montrent que les personnes ayant des problèmes graves de santé mentale présentent une proportion élevée de besoins sérieux dans un domaine aussi important que l'alimentation.

On estime que parmi les adultes canadiens qui vivent de l'insécurité alimentaire 35% ont des diagnostics de troubles de santé mentale (Muldoon, Duff, 2012).

Chez les personnes ayant des troubles mentaux graves, la prévalence du syndrome métabolique, qui se manifeste par la présence de l'obésité abdominale, du diabète 2, d'un taux de cholestérol élevé et de l'hypertension artérielle est quatre fois supérieure à celle rencontrée dans la population générale (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012).

En 2012, Les diététistes du Canada ont publié un rapport qui traite des rapports entre la santé mentale et la nutrition. Il y est démontré que des programmes communautaires visant l'alimentation favorisent la santé mentale et contribuent à réduire les inégalités sociales et de santé.

De l'aide et de l'accompagnement en nutrition offerts aux personnes aux prises avec un trouble mental peuvent notamment réduire les effets secondaires liés à la prise de médicaments pour le traitement des troubles psychiatriques, générer une meilleure autogestion des troubles concomitants et comorbides et améliorer la santé globale (Les diététistes du Canada, 2012).

Dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux, les services nutritionnels spécifiques qui s'adressent aux personnes qui ont des troubles de santé mentale sont pratiquement inexistant.

Chaque année, l'opération Bilan-Faim des Banques alimentaires du Québec recueille les opinions sur les politiques gouvernementales qui auraient le plus d'impact dans la lutte contre la faim. Parmi les priorités qui ressortent de cette consultation, on retrouve l'importance de développer une stratégie nationale de réduction de la pauvreté et l'augmentation du soutien en santé mentale (Moisson Montréal, 2015).

Au Québec, les banques alimentaires sont débordées. Elles reçoivent plus de 1,6 million de demandes par mois. Selon le rapport Bilan-Faim 2014, les demandes ont augmenté en moyenne de près de 40 000 par mois depuis l'an précédente, pour un total par mois de 1 601 115 demandes.

La proportion des usagers de banques alimentaires seuls et sans enfants a explosé, passant de 39 % pour cent en 2001 à 43 % en 2014 (Le Devoir, 4 novembre 2014).

12- Les jeunes et la santé mentale

À l'occasion de la Journée internationale de la jeunesse, en 2014, le Secrétaire général des Nations Unies, Ban Ki-moon, a appelé à donner aux jeunes qui souffrent de troubles mentaux les moyens de se réaliser pleinement. Selon le Secrétaire général : « Chaque année dans le monde, 20 % des jeunes sont atteints de troubles mentaux. Les préjugés et la honte viennent aggraver le problème, les empêchant de demander l'aide dont ils ont besoin. Des actions d'envergure s'imposent à tous les niveaux pour faire comprendre combien il importe d'investir dans ces jeunes atteints de troubles mentaux et de les soutenir ».

Parce qu'elles sont négligées et suscitent une peur irrationnelle, les personnes atteintes d'une affection mentale se trouvent marginalisées et même privées de soins de base. « Elles n'en deviennent que plus vulnérables à la pauvreté, à la violence et à l'exclusion sociale, et cela rejaillit sur la société dans son ensemble », a écrit Ban Ki-moon.

Le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (2012) rappelle que 75 % des troubles mentaux apparaissent avant 25 ans et que l'adolescence représente une période critique pour l'émergence des troubles mentaux.

Le secteur québécois de la santé mentale jeunesse montre de sérieuses lacunes, notamment de longs délais pour avoir une évaluation et surtout un traitement. La transition entre les services de pédopsychiatrie et ceux de psychiatrie adulte est particulièrement mal arrimée.

13- Le manque de ressources en santé mentale

Lorsqu'il y a accès à des soins de première ligne et à des services de santé mentale dans la communauté, les personnes voient leurs conditions de vie s'améliorer.

Mais faute de ce soutien, trop de personnes se retrouvent en situation d'itinérance, en incarcération et en réadmission fréquente dans les hôpitaux. Loin d'être une fatalité, ces situations sont symptomatique d'un réseau de services dysfonctionnel.

Le rapport du Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (2012) a décrit les conséquences humaines et sociales défavorables résultant de la faible attention des autorités publiques québécoises à l'égard de la santé mentale et l'insuffisance des moyens consacrés.

Le récent Programme national de santé publique 2015-2025 du MSSS rapporte que plus d'une personne sur dix reçoit un diagnostic de trouble mental annuellement. Avec plus de 1000 décès chaque année, le Québec figure parmi les provinces qui présentent les taux de suicide les plus élevés au Canada.

Selon le nouveau Programme national de santé publique, les problèmes d'adaptation sociale et de santé mentale sont un domaine où il est possible d'agir. On peut combattre les iniquités de santé au profit des groupes désavantagés et réduire les écarts entre les mieux nantis et les plus pauvres, signalent les autorités québécoises de la santé publique.

14- Briser les silos ! La santé mentale n'est pas que l'affaire du MSSS

Déjà en 1988, la Commission Rochon a trouvé inacceptable qu'au Québec les politiques sociales ne soient pas mieux coordonnées avec les politiques de services, que les politiques de création d'emplois ne soient pas davantage articulées sur les politiques de soutien au revenu, que les villes, les

employeurs et les organismes du réseau ne se concertent pas plus pour faciliter l'intégration sociale des personnes handicapées, que le ministère de l'Éducation et le MSSS ne s'entraident pas davantage en matière de planification et de formation de main-d'œuvre; que les ministères concernés n'engagent pas des actions communes et que les niveaux de gouvernement ne se coordonnent pas.

En matière de prévention, l'importance d'agir en concertation sur les déterminants sociaux de la santé est reconnue. Car il est possible de diminuer l'exposition aux facteurs de risque et renforcer les facteurs de protection en action dans le développement des maladies mentales.

La première proposition du COSME à l'égard de l'action gouvernementale en santé mentale est d'ailleurs inspirée du Plan d'action mondial sur la santé mentale 2013-2020 de l'OMS. Elle demande que la santé mentale soit une responsabilité interministérielle et gouvernementale et non pas uniquement celle du ministère de la Santé et des Services sociaux.

L'OMS recommande aux pays de mobiliser différents ministères pour élaborer une action coordonnée globale. Un engagement à haut niveau est nécessaire de la part non seulement du secteur de la santé, mais aussi des ministères de l'Éducation, de l'Emploi, des Affaires sociales et de la Justice, précise l'OMS.

15- Le milieu communautaire de la santé mentale doit être soutenu

Le MSSS a recensé près de 375 organismes communautaires de la santé mentale au Québec (Grenier et Fleury, 2009). Ils agissent dans une grande diversité de domaines, tels la promotion de la santé mentale, la prévention, l'entraide, la lutte contre la stigmatisation, la défense des droits, les pratiques alternatives, le soutien dans la communauté, le soutien à l'entourage, l'accès aux études, l'accès au travail, l'accès au logement, l'intervention de crise, la prévention du suicide et l'hébergement.

Selon le Commissaire à la santé et au bien-être (2012), les organismes communautaires ne sont pas reconnus à leur juste valeur : « Dans un système de santé et de services sociaux qui vise la consolidation des soins et services de première ligne et un rétablissement dans la communauté des personnes aux prises avec des troubles mentaux, le sous-financement des organismes communautaires – tout comme le manque de reconnaissance de leur expertise

qui semble y être associé – apparaît comme un axe incontournable pour des gains significatifs ».

« Une société civile forte, et en particulier des organisations de personnes souffrant de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux, de familles et de soignants, peut aider à établir des politiques, des lois et des services plus efficaces et plus responsables dans le domaine de la santé mentale d'une manière conforme aux instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme », affirme pour sa part l'OMS.

16- Le Plan d'action en santé mentale du MSSS : aller plus loin !

Le COSME est en accord avec le Plan d'action en santé mentale 2015-2020, du ministère de la Santé et des Services sociaux, lorsqu'il appelle à la mobilisation « de tous les partenaires en vue d'offrir une réponse adéquate aux besoins des personnes utilisatrices de services et de membres de leur entourage de même que la mise en place et le maintien de services les soutenant dans le plein exercice de leur citoyenneté ».

Mais la question demeure : est-ce que la santé mentale constitue une réelle priorité pour le gouvernement et le ministère de la Santé et des Services sociaux ? Rappelons que précédemment à l'arrivée de ce nouveau plan, le Commissaire à la santé et au bien-être et la Protectrice du citoyen ont tous deux déploré les défaillances du système de santé et de services sociaux et le manque de progrès à l'égard de la condition des personnes qui vivent des problèmes de santé mentale. Les bilans réalisés sur le plan d'action en santé mentale 2005-2010 confirment que nombre d'objectifs n'ont pas été atteints et que l'accès aux services demeure encore aujourd'hui fortement insuffisant.

Le nouveau Plan d'action en santé mentale ne répond pas à la première proposition du COSME qui réclame un plan d'action interministériel. L'action du MSSS ne peut en effet pallier à elle seule les mauvaises conditions de vie qui affligent les personnes qui vivent des difficultés de santé mentale.

À la suite de la publication du Plan d'action en santé mentale 2015-2020, le COSME a fait part de son engagement à agir en concertation avec les ressources publiques pour soutenir les personnes qui vivent des difficultés de santé mentale.

Les organismes communautaires de la santé mentale, par leur enracinement et leur expérience, ont développé des approches innovantes et alternatives qui favorisent la transformation sociale et l'implication citoyenne.

Les organismes communautaires de la santé mentale sont déterminés à faire valoir leur expertise et leur volonté de s'engager dans des actions qui visent en particulier la prévention, la lutte à la stigmatisation, la défense des droits des personnes, l'entraide et le soutien au rétablissement.

17 - Inégalités, pouvoir d'agir, psychothérapie et soutien

Comme la pauvreté fragilise la santé mentale de la population et qu'un gouvernement doit avoir comme priorité de créer, renforcer et développer la santé mentale, le COSME considère que le gouvernement doit adopter des mesures visant l'élimination de la pauvreté. Cela ne peut se faire sans la réduction des inégalités socioéconomiques et sans combattre les préjugés envers les personnes en situation de pauvreté. L'action doit être entreprise de manière concertée, globale et structurée, en association avec les personnes en situation de pauvreté et les organisations qui les soutiennent.

Le COSME réclame que l'action gouvernementale en matière de santé mentale adopte un virage orienté vers le pouvoir d'agir de la personne, dont sa participation active à son plan d'intervention. Des moyens doivent être prévus pour soutenir la personne dans sa démarche de rétablissement. Lorsqu'il s'agit des liens et rôles sociaux, des droits, de la formation, du travail et de la participation citoyenne les réussites sont davantage possibles lorsque l'on peut compter sur des ressources communautaires, sans exclure le partenariat avec les établissements du réseau public.

Le Commissaire à la santé et au bien-être (2012) a rappelé que plus de la moitié des Québécoises et Québécois ayant des problèmes psychologiques ont des besoins d'aide non comblés de thérapie ou de counseling. Trop de personnes, parce qu'elles n'ont pas les moyens d'être traitées dans le secteur privé, sont laissées à elles-mêmes et manquent d'opportunités de se rétablir.

Le COSME réclame l'accès gratuit à des services de psychothérapie, de soutien, d'entraide et autres alternatives. Il appartient à la personne de choisir ce qui lui convient, considérant qu'il existe des approches éprouvées, qu'elles soient ou non associées au traitement pharmacologique.

18- On répond mal au besoin de se loger

Être logé est un élément fondamental du rétablissement, de l'intégration et de la participation sociale des personnes atteintes d'un trouble mental, affirme le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 du MSSS.

Le PASM soutient qu'étant donné la diversité des besoins, des capacités, des préférences et des aspirations des personnes utilisatrices de services, une gamme complète de ressources résidentielles doit être mise en place et maintenue dans toutes les régions, en collaboration avec les partenaires des secteurs publics, privés et communautaire de la santé et de l'habitation.

Selon le PASM 2015-2020, plusieurs défis freinent l'intégration de personnes atteintes d'un trouble mental dans des logements autonomes, notamment la précarité financière, la rareté des logements salubres et abordables, la stigmatisation et les contraintes d'accès au soutien dans la communauté

Comme d'autres mouvements sociaux, le COSME réclame l'augmentation du nombre de logements sociaux puisqu'il est reconnu que l'accès à un chez soi est un facteur déterminant dans la démarche de rétablissement de la personne aux prises avec des difficultés de santé mentale. Un objectif en cinq ans de 12 000 unités résidentielles avec un soutien pour que le coût d'un loyer corresponde à 25 % du revenu brut mensuel serait un minimum à atteindre. La disponibilité de ces logements devra être variée et adaptée aux choix des personnes.

Même si les objectifs du PASM 2015-2020 en matière de logement apparaissent insuffisants, le COSME portera particulièrement attention à la réalisation des engagements énoncés dans le Plan interministériel en itinérance 2014-2019, soit la création d'unités de logement du programme AccèsLogis qui seront consacrés aux personnes itinérantes ou à risque de le devenir ainsi qu'à des personnes souffrant d'un trouble mental. Le Plan en itinérance prévoit aussi, pour la même catégorie de personnes le rehaussement du nombre de personnes admissibles au Programme de soutien au logement de la SHQ.

19- Le travail, les études et l'exclusion zéro

Le COSME demande, dans une perspective d'exclusion zéro, d'augmenter les ressources d'intégration au travail, d'accès aux études et de réadaptation psychosociale. Ces programmes doivent être conçus pour favoriser la mouvance de la personne, la soutenir dans son rythme de cheminement et ne pas être contraints par une échéance de temps et l'obligation de la finalité en emploi.

Le COSME demande que la notion d'intégration au travail soit élargie et comprenne des programmes de participation sociale et citoyenne, liés aux désirs et aux intérêts de la personne et tenant compte de ses forces et de sa mouvance dans sa démarche de rétablissement.

Le COSME demande que le nombre de contrats d'intégration au travail (CIT) soit augmenté, qu'on en élargisse les critères d'accessibilité, la durée selon le besoin, l'intérêt exprimé par la personne et que l'on augmente le nombre de places dans le programme PAAS Action selon les besoins des personnes et de leur capacité de mouvance.

Le COSME demande que l'on reconnaisse l'importance d'améliorer l'accès à des programmes d'intégration et de maintien aux études afin de permettre à la personne d'acquérir connaissances et compétences, d'assurer sa participation citoyenne et de favoriser son rétablissement.

Par ailleurs, il faudra diversifier les programmes d'éducation aux adultes du ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (MEEESR) de façon à les orienter davantage vers le développement du pouvoir d'agir dans une perspective d'apprentissage tout au long de la vie, comme cela se fait en Europe. Le projet EMILIA, qui est en voie d'être expérimenté dans la région de Québec, en est un bon exemple.

Le COSME demande la création aux niveaux national, régional et local de mécanismes de concertation entre les instances de l'enseignement, de la santé et des services sociaux et les organismes communautaires en vue de fournir aux personnes vivant avec des difficultés de santé mentale des services d'orientation, d'accompagnement et de soutien dans leur démarche d'intégration aux études et au travail.

20 - Le revenu, le travail à temps partiel et la participation citoyenne

Le concept d'aptitude ou non au travail est une construction sociale qui varie d'une province à l'autre. Entre les deux pôles, il existe une immense zone grise dans laquelle il faut introduire beaucoup de nuances en terme d'opportunités offertes aux personnes. Le danger est grand en effet de confiner les personnes dans des définitions statiques, alors qu'on décourage le potentiel des uns et qu'on minimise les difficultés personnelles des autres.

Il est nécessaire de créer un environnement beaucoup plus favorable au rétablissement et au développement du pouvoir d'agir des personnes, particulièrement pour celles ayant des incapacités qui se manifestent de façon épisodique et dont le parcours est parsemé d'avancées, de reculs et parfois de périodes de stagnation.

Le collectif *Tanné(e)s d'être pauvres*, issu d'une ressource alternative en santé mentale de Lac Mégantic, proposait en 2014 de permettre aux personnes ayant une contrainte sévère à l'emploi de gagner la différence entre les montants mensuels reçus de l'aide sociale (937\$) et le seuil de faible revenu (1893\$), sans pénalité et sans remise en question de leur participation au programme de soutien au revenu.

Au Québec, le règlement autorise un maximum 100 \$ par mois de revenu d'emploi avant que s'applique une réduction de l'allocation. Nous faisons piètre figure lorsqu'on se compare à d'autres provinces.

La Colombie-Britannique permet 800 \$ par mois de revenu d'emploi aux personnes présentant des contraintes. L'Alberta 800 \$ en plus de permettre de conserver 50 % des revenus d'emploi dépassant ce montant, tout en offrant des prestations de base beaucoup plus généreuses que le Québec (1588 \$ vs 927 \$). L'Ontario permet depuis 2013 de toucher jusqu'à 200 \$ par mois et de conserver 50 % des revenus excédentaires.

Une mesure québécoise permettant le travail à temps partiel pour les personnes ayant des contraintes de santé serait un gain appréciable pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale, d'incapacité physique ou intellectuelle. Cette mesure peut se réaliser sans frais pour l'État, sans compter les retombées importantes pour les personnes concernées en terme de lutte à la pauvreté.

Nous croyons que le Québec devrait minimalement s'arrimer avec l'Ontario et rehausser le montant du revenu de travail exclu pour le calcul de la solidarité

sociale afin de faciliter le travail à temps partiel rémunéré. Il s'agit d'une revendication importante que nous avons formulée dans le cadre de nos propositions pour bonifier le Plan d'action en santé mentale 2015-2020.

Il est aussi faux de prétendre que l'inclusion sociale des personnes ayant des incapacités passe nécessairement par le travail rémunéré. Un collectif d'auteurs européens revendique même le droit de ne pas travailler, ce qui serait plus compatible avec la liberté de choix des personnes handicapées (Grover, C. Piggott, L., 2015).

Au delà du travail salarié, nous croyons qu'il existe d'autres avenues pour combattre l'exclusion sociale et favoriser la participation citoyenne des personnes. Nous souscrivons tout à fait à l'avis récent du Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (2015), qui ouvre des perspectives intéressantes d'intégration sociale et d'implication dans la communauté. Il s'agit d'avenues qui rejoignent les travaux du ministère de la Santé et des Services sociaux sur les activités socioprofessionnelles et communautaires (MSSS, 2014).

Dans la recherche d'une formule de PAAS Action améliorée, nous croyons qu'il y a lieu de concevoir un programme favorisant la participation citoyenne de façon à couvrir une partie des coûts que cette participation engendre.

La science penche de notre côté sur cette question. Une recherche récente réalisée en Suède avec groupe témoin démontre que l'ajout d'une contribution financière pour favoriser la participation sociale des personnes ayant des troubles de santé mentale a un impact significatif sur le niveau d'anxiété et de dépression, sur le réseau social de la personne et sur l'estime de soi (Ingemar L., Alain T. et coll., 2015).

Le nombre de familles monoparentales bénéficiant de la sécurité du revenu a diminué de 60 % entre 1996 et 2013, comparativement à 18 % pour les personnes seules, alors que les conditions socioéconomiques pour les familles ont substantiellement été bonifiées au cours de cette période. Ce fait vient contredire l'idée reçue à l'effet qu'améliorer les conditions de vie des personnes bénéficiant de la sécurité du revenu créer un état de dépendance et qu'il faille nécessairement «affamer» les personnes pour qu'elles sortent de la sécurité du revenu (Béland, D., Daigneault, P.-M., 2015).

21- Un chantier à créer

Nous réclamons la création d'un chantier où les responsables de missions ministérielles, en concertation avec le milieu communautaire en santé mentale, les mouvements des personnes handicapées et les mouvements de lutte à la pauvreté, définiront ensemble de ressources et moyens à mettre en place et conviendront de plans d'action pour combattre de façon déterminée inégalités sociales et éliminer au maximum la pauvreté au Québec.

Le COSME maintient pour sa part que les enjeux entourant les troubles de santé mentale et la pauvreté qui y est associée exigent la concertation la plus large de toutes les forces agissantes.

C'est pourquoi nous demandons que le gouvernement arrime dans une vision cohérente et convergente ses politiques et plans d'actions, que ce soit en matière de santé mentale, de soutien aux personnes handicapées, de lutte à la pauvreté, de santé publique, de soutien en revenu, d'accès au logement, de formation et d'emploi, de lutte à la discrimination et à la stigmatisation.

Le revenu garanti

Le Réseau communautaire en santé mentale entend participer à la réflexion autour de la mise en place d'un programme de revenu minimum garanti que le gouvernement du Québec envisage de créer.

Selon nous, un régime intégré de soutien du revenu devra fournir à toutes les Québécoises à tous les Québécois une allocation financière minimale dépassant les indicateurs reconnus de faible revenu, comme la Mesure du panier de consommation (MPC).

Ce régime universel devra être complété par des mesures de soutien particulières pour les personnes qui vivent avec des contraintes physiques, intellectuelles ou de santé mentale.

Annexe 1

COMPARAISON DES REVENUS D'AIDE SOCIALE AVEC LES SEUILS DE FAIBLE REVENU ²					
2014	<i>Prestation de base (mensuel)</i>	<i>Total revenus d'aide sociale (RAS) ³ (Annuel)</i>	<i>Seuil de faible revenu 2014 (SFR)</i>	<i>% RAS/SFR</i>	<i>Revenu de travail permis ⁴</i>
Terre-Neuve					
Personne seule sans contrainte	\$720,50	\$11,035	\$17,050	64.7%	\$75 + 20 %
Avec contrainte à l'emploi	\$720,50	\$11,035	\$17,050	64.7%	\$150 + 20 %
Iles du Prince Edouard					
Personne seule sans contrainte	\$596	\$7,519	\$16,836	44.7%	\$75 + 10 %
Avec contrainte à l'emploi	\$789	\$9,845	\$16,836	58.5%	\$75 + 10 %
Nouvelle Ecosse					
Personne seule sans contrainte	\$555	\$7,182	\$17,050	42.1%	\$150 + 30 %
Avec contrainte à l'emploi	\$789	\$10,015	\$17,050	58.7%	\$300 + 30 %
Nouveau-Brunswick					
Personne seule sans contrainte	\$537	\$6,811	\$17,050	39.9%	\$150 + 30 %
Avec contrainte à l'emploi	\$658	\$9,425	\$17,050	55.3%	\$250 + 30 %
Québec					
Personne seule sans contrainte	\$610	\$8,527	\$20,160	42.3%	\$200
Avec contrainte à l'emploi	\$927	\$12,375	\$20,160	61.4%	\$100
Ontario					
Personne seule sans contrainte	\$633,50	\$8,507	\$20,160	42.2%	\$200 + 50 %
Avec contrainte à l'emploi	\$1090	\$14,094	\$20,160	69.9%	\$200 + 50 %
Manitoba					
Personne seule sans contrainte	\$362,50	\$7,707	\$20,160	38.2%	\$ 200 + 30 %
Avec contrainte à l'emploi	\$473,92	\$10,304	\$20,160	51.1%	\$ 200 + 30 %

² Tiré de Anne Tweddle, Ken Battle and Sherri Torjman , Welfare in Canada 2014, Ottawa, Caledon Institute of Social Policy, 2015

³ Comprends les crédits pour la TPS et TVQ et autres avantages

⁴ Montant exclu du calcul de la sécurité du revenu + pourcentage que la personne peut conserver dépassé ce montant.

Saskatchewan					
Sans contrainte à l'emploi	\$707,50	\$8,995	\$17,050	52.8%	\$ 0
Avec contrainte	\$833,58	\$11,390	\$17,050	66.8%	\$ 200 + 25 % max \$ 325
Avec contraintes sévère- SAID	\$1108,92	\$14,720	\$17,050	86,3 %	\$ 200 + 25 % max \$ 325
Alberta					
Personne seule sans contrainte	\$627	\$7,791	\$20,160	38.6%	\$ 230 + 25 %
Avec contrainte	\$731	\$9,994	\$20,160	49.6%	\$ 230 + 25 %
Avec contrainte sévère-AISH	\$1588	\$19,463	\$20,160	96.5%	\$ 800 + 50 % max \$ 1150
Colombie-Britannique					
Personne seule sans contrainte	\$610	\$7,813	\$20,160	38.8%	\$ 200
Avec contrainte à l'emploi	\$906,42	\$11,415	\$20,160	56.6%	\$ 800

Références

- Béland, D., Daigneault, P.-M., Welfare reform in Canada : Provincial social assistance in comparaison perspective, University of Toronto Press, 2015
- Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, Avis. L'emploi pour lutter contre la pauvreté : les défis à relever, Au-delà de l'emploi, reconnaître la participation citoyenne et le droit à la dignité , 2015.
- Commissaire à la santé et au bien-être, Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux, Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale, Gouvernement du Québec, 2012.
- Gewurtz RE, Cott C, Rush B, Kirsh B., How is unemployment among people with mental illness conceptualized within social policy? A case study of the Ontario Disability Support Program, Work, 2015
- Grover, C. Piggott, L., et coll. Disabled people, work and welfare : Is employment really the answer ? Policy Press, 2015
- Ingemar L., Alain T. Forssell, H., Svensson, I., Davidson, L., Money and Mental Illness: A Study of the Relationship Between Poverty and Serious Psychological Problems, Community Mental Health Journal, october 2015 <http://www.imhcn.org/wp-content/uploads/2016/01/2015-Money-and-mental-illness.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La Force des liens. Plan d'action en santé mentale 2005-2010, Gouvernement du Québec, 2005.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les activités socioprofessionnelles et communautaires : État de la situation et actions convenues pour l'amélioration des services, Gouvernement du Québec, 2014.

Muldoon, KA, Duff PK, Fielden S, Anema A., Food insufficiency is associated with psychiatric morbidity in a nationally representative study of mental illness among food insecure Canadians, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, May 2013

Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), Making mental health count, The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2014.

Organisation des Nations unies, L'ONU appelle à faire de la santé mentale des jeunes l'affaire de tous, Centre d'actualité de l'ONU, ONU : l'édition du jour, Numéro PPQ/6902, 12 août 2014.

Organisation mondiale de la santé (OMS), Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020, 2013.

Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Rapport Rochon), Gouvernement du Québec, 1988.

Robichaud, J-B, Guay, L., Colin, C., Pothier, M., Les liens entre la pauvreté et la santé mentale, Gaetan Morin éditeur, 1994.

Tweddle, A., Battle K., Torjman, S., Welfare in Canada 2014, Caledon Institute of Social Policy, 2015