

Avis du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF)
sur le document de consultation
Forum national sur le plan d'action en santé mentale 2014-2020
28 janvier 2014



SOMMAIRE

Résumé	p. 3
Introduction	p. 4
Principes directeurs	p. 4
Section A. Le plein exercice de la citoyenneté	p. 5
Section B. La détection et l'intervention précoce chez les jeunes	p. 7
Section C. La gamme des services en santé mentale	p. 8
Section D. Les pratiques organisationnelles et cliniques	p. 8
Conclusion	p. 8
Annexe	p. 9

Le RQASF

Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) est un organisme provincial à but non lucratif, fondé en 1997, dont le siège social est situé à Montréal. Le RQASF s'est donné pour mission de travailler à l'amélioration de la santé physique et mentale des femmes, ainsi que de leurs conditions de vie. Il touche environ 300 000 femmes.

La mission du RQASF s'articule autour de plusieurs axes de travail : la recherche, la sensibilisation, la formation. Il produit et diffuse également de nombreuses publications à l'intention de ses membres, du personnel de la santé, de la population et des responsables politiques. La prévention par une approche globale et féministe de la santé est le moteur de toutes ses activités.

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF)
4245, Ave. Laval, 2^e étage
Montréal (Québec), H2W 2J6
www.rqasf.qc.ca

Analyse et rédaction : Isabelle Mimeault, responsable de recherche
mimeault@rqasf.qc.ca
Tél. : 514 877-3189, poste 225

RÉSUMÉ

Principes directeurs

Le principe «Soins de collaboration» (p. 1) devrait faire partie de la section D : «Pratiques organisationnelles et cliniques».

Ajouter les principes suivants :

- Intersectorialité/approche interministérielle
- Prévention et promotion de la santé
- Participation et respect des droits de la personne
- Analyse genrée et intersectionnalité

Principaux commentaires

Le document est silencieux sur la question de la **médicalisation des problèmes sociaux** qui découle de l'approche curative et biomédicale privilégiée. Pour contrer la médicalisation des rapports sociaux, il faut, comme le recommande la Commission des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), «fonder les systèmes de soins de santé sur les principes d'équité, de prévention de la maladie et de promotion de la santé» ainsi que «renforcer les personnels de santé et développer leur capacité d'influer sur les déterminants sociaux de la santé»¹.

La détection/intervention précoce inquiète grandement. La médication des enfants et des adolescents, très coûteuse, comporte des risques de mieux en mieux connus. Selon l'OMS, les interventions précoces devraient signifier des «thérapies psychosociales et autres interventions non pharmacologiques fondées sur des bases factuelles et ancrées dans la communauté locale – qui évitent le placement en institution et la médicalisation»².

Le **non accès à la psychothérapie** représente également un problème majeur. Le Commissaire à la santé en fait une recommandation claire : «Diversifier le panier de services assurés dans le secteur de la santé mentale en garantissant un accès équitable à la psychothérapie». Pourtant, le document de consultation n'en fait pas mention.

En définitive, le document soumis à la consultation ne couvre pas la «santé mentale» proprement dite. Comme le précédent plan d'action 2005-2010, il n'y est question que de troubles et maladies mentales, de soins, bref d'approche curative, selon une logique unique de diagnostic-médication.

¹ OMS et Commission des déterminants sociaux de la santé, *Comblant le fossé en une génération*, 2009, p. 9, http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf

² *Ibid.*, p. 17.

Introduction

Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes est heureux de présenter ce bref avis sur le document de consultation *Forum national sur le plan d'action pour la santé mentale 2014-2020* du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Principes directeurs

1. «Rétablissement» (p. 1) : un bon principe, en autant que soit laissé à la personne concernée le pouvoir de **participer** à la définition de son parcours et de se définir à travers ce parcours vers le mieux-être ou de son processus de guérison.

2. Le principe «Soins de collaboration» (p. 1) doit faire partie de la section D : «Pratiques organisationnelles et cliniques». Ce concept comme principe d'une politique en santé mentale apparaît ambigu; la «communication efficace entre partenaires» peut signifier un *rapport unidirectionnel* où la personne se voit imposer un traitement. Il est question d'«intégration des activités des prestataires de soins de santé mentale avec celles des prestataires de soins de première ligne» : cela indique-t-il qu'*une seule approche de soins*, biomédicale, serait privilégiée? La promotion de la santé se trouve ainsi évacuée.

- ☛ Ajouter le principe «**Prévention et promotion de la santé**». Un plan d'action en santé mentale doit prendre en compte les facteurs qui influencent la santé et ne doit pas cibler que la maladie. S'inspirer du plan d'action de l'OMS, qui couvre à la fois les «troubles mentaux» (voir le n° 5 page 6) et la «santé mentale» (voir le n° 6 page 7)³. Voir en annexe (p. 8 du présent document) l'encadré «Mieux vaut prévenir que guérir».
- ☛ Ajouter un autre principe, «**Intersectorialité/approche interministérielle**». Étant de nature multifactorielle, la santé mentale (comme la maladie) n'interpelle pas seulement le secteur de la santé au sens restreint du terme; une approche axée sur les déterminants sociaux de la santé doit être implantée, comme le suggère l'OMS⁴.

3. «Performance» (p. 1) : ce terme n'est pas clairement défini, si ce n'est qu'il apparaît signifier des cibles quantitatives : le point de vue des personnes concernées sera-t-il pris en compte dans l'évaluation des services? S'agit-il d'une performance à contrôler les comportements, ce que font les médicaments?

³ *Ibid.*, p. 6-7.

⁴ Organisation mondiale de la santé (OMS), *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*, Genève, OMS, 2013.

- ☛ Adopter un principe de «**Participation et respect des droits de la personne**», qui devra traverser l'ensemble du plan d'action en santé mentale. S'inspirer à ce sujet la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé⁵. Selon l'OMS, «Il faut faire participer plus activement les utilisateurs à la réorganisation, à la prestation, à l'évaluation et à la surveillance des services de façon à ce que les soins et les traitements dispensés répondent mieux à leurs besoins.⁶»

4. «Amélioration continue» (p. 2) : quant à ce principe, des questions s'imposent. Comment la qualité des services serait-elle mesurée? S'agit-il ici d'une approche essentiellement curative? La santé mentale doit être abordée dans une perspective de déterminants de la santé, c'est-à-dire de promotion de la santé. L'adoption des principes suggérés plus haut devrait écarter de possibles dérives.

5. Ajouter «**Analyse genrée et intersectionnalité**». Les femmes sont totalement absentes du document de consultation, bien qu'elles soient les plus médicamentées, les plus susceptibles de se voir imposer des électrochocs, notamment. L'équité en santé doit s'imposer dans toutes les politiques.

Section A. LE PLEIN EXERCICE DE LA CITOYENNETÉ

Il importe de soulever d'entrée de jeu des lacunes qui traversent tout le document, et qui interpellent des enjeux de citoyenneté, objet de cette section A.

1. Le document est silencieux sur la question de la médicalisation des problèmes sociaux qui découle de l'approche curative et biomédicale privilégiée, laquelle n'est pas nommée et pose d'importants enjeux de citoyenneté.

- ⇒ La médicalisation des problèmes sociaux signifie définir un comportement ou un problème humain comme un problème médical nécessitant un traitement médical. C'est un élargissement de ce qui relève de la médecine. Cette médicalisation s'articule à la croissance de l'industrie pharmaceutique et s'appuie sur une approche restrictive, biopsychologique, qui se sert de la génétique et de la neurologie pour interpréter les comportements humains.

Dans une étude portant sur la santé mentale des participantes de nos organismes membres, situés dans les 17 régions du Québec, **nous avons constaté ce phénomène de médicalisation**

⁵ OMS, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, 1986, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf.

⁶ OMS, 2013, *op. cit.*, p. 15.

des problèmes sociaux⁷. En effet, de nombreuses femmes qui vivent une détérioration de leurs conditions de vie ou de la violence se voient rapidement diagnostiquées et se font prescrire des médicaments, sans prise en compte de leur santé globale ni de leur situation particulière. Les résultats de notre recherche indiquent que museler la détresse sociale par des médicaments n'est pas une solution aux problèmes de violence, de logement et de pauvreté des femmes. Les travailleuses interrogées sont nombreuses à constater les effets secondaires des médicaments chez ces femmes. Médicaliser la violence ne répond pas aux besoins de ces femmes.

La médicalisation des problèmes sociaux est une violence de plus imposée aux personnes aux prises avec des situations de vie complexes, dont les causes sont non pas médicales, biologiques ou génétiques, mais essentiellement sociales : itinérance, violence, pauvreté...

Pour contrer la médicalisation des rapports sociaux, il faut, comme le recommande la Commission des déterminants sociaux de l'OMS, **«fonder les systèmes de soins de santé sur les principes d'équité, de prévention de la maladie et de promotion de la santé»** ainsi que **«renforcer les personnels de santé et développer leur capacité d'influer sur les déterminants sociaux de la santé»**⁸.

Le document soumis à la consultation ne couvre pas la «santé mentale» proprement dite. Comme le précédent plan d'action 2005-2010, il n'y est question que de troubles et maladies mentales, de soins, bref d'approche curative, selon une logique unique de diagnostic-médicamentation.

2. Le document est silencieux sur la question des disparités et inégalités hommes/femmes.

Comme le suggère l'OMS, le plein exercice de la citoyenneté est indissociable du principe d'équité. Or, il est reconnu que les diagnostics sont posés différemment selon qu'on soit un homme ou une femme⁹. Il est bien connu également que les femmes se font prescrire deux fois plus de psychotropes que les hommes¹⁰. La situation particulière à chacun des sexes, en ce qui a trait à la santé mentale, devrait être prise en compte pour une meilleure intervention, notamment en ce qui concerne le suicide.

Notre recherche fait la démonstration de besoins particuliers pour les femmes en ce qui concerne leur santé mentale, en raison de leurs conditions de vie et de leur plus haut taux de pauvreté. En conséquence, le plan d'action en santé mentale doit être conçu selon une analyse

⁷ RQASF (2011). *Santé mentale au Québec: les organismes communautaires de femmes à la croisée des chemins*, Montréal, RQASF, <http://rgasf.qc.ca/sante-mentale/>

⁸ OMS et Commission des déterminants sociaux de la santé, *Comblant le fossé en une génération*, 2009, p. 9, http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf

⁹ C. Sereni et D. Sereni, *On ne soigne pas les femmes comme les hommes*, Paris, Odile Jacob, 2002, p. 51.

¹⁰ Conseil du Médicament, *Portrait de l'usage des antidépresseurs chez les adultes assurés par le régime public d'assurance-médicaments du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, p. 9.

différenciée selon le sexe et une analyse intersectionnelle, pour agir en toute connaissance des différences entre les hommes et les femmes, entre les hommes, entre eux, et entre les femmes, entre elles.

Selon le plan d'action de l'OMS, il faut suivre «une approche globale et multisectorielle, moyennant une coordination des services entre le secteur de la santé et le secteur social, et (mettre) l'accent sur la promotion, la prévention, le traitement, réadaptation, les soins et la guérison»¹¹.

Section B. LA DÉTECTION ET L'INTERVENTION PRÉCOCE CHEZ LES JEUNES

La prévention est souvent détournée au profit d'une médicalisation de tout comportement ne répondant pas à une norme axée sur la performance sociale, scolaire ou professionnelle. Plus prédictive que préventive, la détection précoce peut s'avérer néfaste, le jugement et l'étiquetage des enfants et des jeunes risquant de nuire à leur développement.

Eu égard aux effets de la détection/intervention précoce, les risques de la médication des enfants et des adolescents, par ailleurs très coûteuse, ne sont pas discutés dans le document. Il est bien-sûr reconnu que le recours à la médication est adéquat pour certains problèmes tant physiques que mentaux, à condition de ne pas médicaliser des problèmes sociaux.

Quel est le sens réel de cette détection «précoce» pour les jeunes Québécois? Ne s'agirait-il pas davantage de prévention «féroce» (pour paraphraser Michel Parazelli)? Les effets négatifs de la médication élargie de populations jeunes sont de plus en plus connus.

Selon l'OMS, les interventions précoces devraient signifier des «thérapies psychosociales et autres interventions non pharmacologiques fondées sur des bases factuelles et ancrées dans la communauté locale – qui évitent le placement en institution et la médicalisation»¹².

L'OMS précise que pour les enfants, l'accent doit être mis sur «l'acquisition d'un sentiment d'identité positif, sur la capacité de maîtriser ses pensées, ses émotions, et de nouer des liens sociaux, ainsi que sur l'aptitude à apprendre et à acquérir une éducation, pour être capable à terme de participer pleinement et activement à la société»¹³. C'est la promotion de la santé qu'il faut viser. Il faut promouvoir une saine alimentation et l'activité physique par de solides politiques sociales à tous les niveaux de gouvernements, en plus de sensibiliser les parents à l'importance d'une alimentation moins toxique et d'une activité physique quotidienne.

¹¹ OMS, 2013, *op. cit.*, p. 6.

¹² *Ibid.*, p. 17.

¹³ OMS, 2013, *op. cit.*, p. 7.

Section C. LA GAMME DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE

Notre recherche sur le terrain, en 2010, a permis de constater le non accès persistant aux médecins de famille et GMF, de même que l'inexistence fréquente des fameux guichets d'accès en santé mentale. Ce qui est également ressorti avec force, c'est le **non accès à la psychothérapie, qui représente un problème majeur**. Le Commissaire à la santé en fait une recommandation claire : «Diversifier le panier de services assurés dans le secteur de la santé mentale en garantissant un accès équitable à la psychothérapie»¹⁴. Pourtant, le document de consultation n'en fait pas mention.

L'accès à la psychothérapie doit s'inscrire dans la **reconnaissance de la diversité de pratiques et d'approches possibles** en santé mentale, afin d'éviter la médicalisation des problèmes sociaux et pour assurer le respect des droits de toutes et de tous.

Section D. LES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES ET CLINIQUES

Un seul bref commentaire ici. C'est à ce chapitre-ci que les pratiques interdisciplinaires et les soins de collaboration peuvent prendre tout leurs sens. La collaboration se situe sur le plan des équipes professionnelles.

Conclusion

Nous vous remercions d'avoir invité le RQASF à partager ses positions lors du Forum national sur le plan d'action en santé mentale 2014-2020 et vous prions de bien vouloir nous tenir au courant des suites. Nous demeurons à votre disposition pour toute information supplémentaire concernant cet avis.

¹⁴ Commissaire à la santé et au bien-être, *Rapport d'évaluation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 : pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*, Québec, 2013, p. 101-113.

Mieux vaut prévenir que guérir

Des responsables de santé publique internationaux ont évalué qu'UN DOLLAR INVESTI DANS LA PRÉVENTION FAIT ÉPARGNER 10 DOLLARS EN SOINS DE SANTÉ. En voici des exemples (tirés de ICIS, 2011, *Rendement du capital investi : Promotion de la santé mentale et prévention de la maladie mentale*, https://secure.cihi.ca/free_products/roi_mental_health_report_fr.pdf)

- **Intervention pour la prévention de l'anxiété et de la dépression chez les personnes âgées**

Une intervention de soins par paliers visant la dépression et l'anxiété a été comparée à la prestation des soins habituels. Un essai clinique aléatoire a indiqué une réduction de 50 % de l'incidence de la dépression et de l'anxiété sur une période de 12 mois, soit 563 € (765 \$ CA) par patient et de 4 396 € (5 934 \$ CA) par année sans maladie gagnée. Dans le cadre de travaux antérieurs, notamment une méta-analyse de la dépression effectuée en 2009, les chercheurs ont démontré qu'axer la prévention sur des groupes à risque élevé choisis permet de réduire l'incidence et constitue une approche plus rentable 36-39¹⁵.

- **Programmes d'éducation et de formation des parents en matière de troubles du comportement**

Des données probantes provenant de 37 essais cliniques aléatoires ont fait l'objet d'un examen. Les chercheurs du R.-U. ont déterminé que le coût par famille des programmes d'éducation ou de formation des parents variait de 629 £ (994 \$ CA) à 3 899 £ (6 179 \$ CA), mais ils n'ont pas pu estimer le gain sur le plan de l'utilité. Ils supposent un coût par qualité de vie gagnée de 0,1, ce qui donne une mesure d'utilité QALY de 38 393 £ (60 711 \$ CA) à 6 288 £ (9 965 \$ CA)¹⁶.

- **Programme de prévention du suicide chez les Autochtones**

Des personnes non spécialistes en la matière ont été formées afin d'offrir du soutien en situation de crise. L'essai d'observation mené aux É.-U. a affiché un indice de rentabilité de 47 à 1 et un rapport coût-efficacité différentiel de 460 \$ par année¹⁷.

¹⁵ Van't Veer-Tazelaar et coll. "Cost-Effectiveness for a Stepped Care Intervention to Prevent Depression and Anxiety in Late Life: Randomized Trial." *British Journal of Psychiatry* 196 (2010): pp. 319–325.

¹⁶ Dretzke, J. et al. "The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Parent Training/Education Programmes for the Treatment of Conduct Disorder, Including Oppositional Defiant Disorder, in Children." *Health Technology Assessment* 9, 50 (2005): pp. 1–233.

¹⁷ Zaloshnja, E. et al. "Reducing Injuries Among Native Americans: Five Cost-Outcome Analyses." *Accident Analysis & Prevention* 35, 5 (2003): pp. 631–639.