

BILAN D'IMPLANTATION

DE LA POLITIQUE DE

SANTÉ
mentale

Québec 

BILAN D'IMPLANTATION

DE LA POLITIQUE DE

SANTÉ
mentale

Nelson Potvin

Février 1997



Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

COMPOSITION DU COMITÉ DU BILAN D'IMPLANTATION DE LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE

Roger Paquet	Direction de la recherche et de l'évaluation, coordonnateur du projet
Nelson Potvin	Direction de la recherche et de l'évaluation, secrétaire du Comité
Luc Blanchet	Direction générale de la santé publique
Rénald Gendron	Direction générale de la santé publique
Marcel Lebel	Direction générale de la santé publique
Diane Grenier	Direction générale de la coordination régionale
Marie-Thérèse Roberge	Service à la condition féminine

Les personnes suivantes ont également participé aux premières étapes des travaux du Comité :

Michèle Auclair	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Chaudière-Appalaches
Marcellin Chaumont	Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
Gilbert Matte	Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux

RÉDACTION DU DOCUMENT

Nelson Potvin, avec la collaboration des autres membres du Comité.

REMERCIEMENTS

Ce bilan a été rendu possible grâce à la collaboration de plusieurs personnes oeuvrant dans le secteur de la santé mentale. Le Comité tient à les remercier de leur disponibilité et du grand soin que chacune d'entre elles a consacré à la préparation de nos rencontres.

Nos remerciements vont de manière particulière aux personnes, aux groupes et aux associations suivantes.

Les membres des groupes d'usagers que nous avons rencontrés lors de forums tenus au mois de février 1995 : les représentants et les représentantes de l'Association québécoise des dépressifs et maniaque-dépressifs; la Fondation d'anorexie nerveuse et de boulimie du Québec; l'Association des déprimés anonymes.

Les représentants et les représentantes des familles et des proches : la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM).

Les porte-parole des milieux communautaires : l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ); le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ); les tables régionales des ressources communautaires et alternatives en santé mentale du Québec; l'Association québécoise de suicidologie (AQS); l'Association canadienne de la santé mentale (ACSM); le Regroupement « L'R » des centres de femmes du Québec; la Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec; le Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale; le Regroupement québécois des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS).

Les intervenants et les intervenantes des organismes suivants : l'Association des médecins psychiatres du Québec; l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec; le comité de santé mentale de la Confédération des syndicats nationaux (CSN); l'Association des médecins omnipraticiens oeuvrant en établissement psychiatrique (AMOEP); l'Association des médecins oeuvrant en CLSC et en centres de santé; le Groupe provincial de promotion de la qualité des soins infirmiers en psychiatrie; l'Ordre professionnel des psychologues du Québec.

Les responsables des associations d'établissements suivantes : la commission sur la santé mentale de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ); la Fédération des centres locaux de services communautaires (FCLSC).

Les membres des comités tripartites régionaux, des régies régionales de la santé et des services sociaux et de différents organismes et directions du ministère de la Santé et des Services sociaux : les responsables du programme conjoint de recherche en santé mentale du Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) et du Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS); la Direction

de la santé mentale; la Direction générale de la santé publique; la Direction générale de la coordination régionale; la Direction de la recherche et de l'évaluation; la Direction de la planification; le Bureau des services aux communautés culturelles; le Service à la condition féminine.

Nous tenons également à remercier madame Hélène Fradet et messieurs Claude Renaud et Daniel Dore, qui ont généreusement accepté de commenter la première version de ce document. Bien entendu, leurs commentaires ne les lient d'aucune façon à nos conclusions. Finalement, nos remerciements vont à monsieur Guy Leclerc pour la révision linguistique de notre texte, et à madame Lise Lapointe pour le traitement de texte.

INTRODUCTION		1	
PREMIÈRE PARTIE	LE CONTEXTE DU BILAN ET SA MÉTHODOLOGIE	3	
CHAPITRE 1	LE CONTEXTE DE LA DÉMARCHE	5	
1.1	Le mandat : son origine et son contexte légal	5	
1.2	La nature de la démarche	6	
1.3	Le but et les objectifs de la démarche	6	
1.4	La composition du comité de travail	7	
1.5	L'objet d'évaluation : la Politique de santé mentale	7	
1.6	Les questions d'évaluation	9	
1.7	Les limites et les avantages de la démarche	9	
CHAPITRE 2	LE CADRE MÉTHODOLOGIQUE	11	
2.1	La stratégie de collecte de données et l'outil de consultation	11	
2.2	Le déroulement de la consultation	11	
2.3	Les personnes et les groupes rencontrés	12	
2.4	Le traitement et l'analyse des données	13	
2.5	Les résultats attendus de la démarche	14	
DEUXIÈME PARTIE		LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	15
CHAPITRE 1	POUR ASSURER LA PRIMAUTÉ DE LA PERSONNE		17
1.1	Le plan de services individualisé		17
1.1.1	Les éléments de la Politique		17
1.1.2	L'état d'implantation		18
1.1.3	Les appréciations		19
1.1.4	Les suggestions		22
1.1.5	Synthèse et recommandations du Comité		23
1.2	Les mécanismes de promotion, de respect et de protection des droits		24
1.2.1	Les éléments de la Politique		24
1.2.2	L'état d'implantation		25
1.2.3	Les appréciations		25
1.2.4	Les suggestions		30
1.2.5	Synthèse et recommandations du Comité		33
1.3	La stratégie d'information		34
1.3.1	Les éléments de la Politique		34

1.3.2	L'état d'implantation	34
1.3.3	Les appréciations	34
1.3.4	Les suggestions	36
1.3.5	Synthèse et recommandations du Comité	37
CHAPITRE 2	POUR ACCROÎTRE LA QUALITÉ DES SERVICES	39
2.1	La formation	39
2.1.1	Les éléments de la Politique	39
2.1.2	L'état d'implantation	40
2.1.3	Les appréciations	41
2.1.4	Les suggestions	44
2.1.5	Synthèse et recommandations du Comité	46
2.2	La recherche	47
2.2.1	Les éléments de la Politique	47
2.2.2	L'état d'implantation	47
2.2.3	Les appréciations	49
2.2.4	Les suggestions	53
2.2.5	Synthèse et recommandation du Comité	54
2.3	L'évaluation	54
2.3.1	Les éléments de la Politique	54
2.3.2	L'état d'implantation	55
2.3.3	Les appréciations	56
2.3.4	Les suggestions	60
2.3.5	Synthèse et recommandations du Comité	61
CHAPITRE 3	POUR FAVORISER L'ÉQUITÉ	63
3.1	La gamme essentielle des services de santé mentale	63
3.1.1	Les éléments de la Politique	63
3.1.2	L'état d'implantation	64
3.1.3	Les appréciations	68
3.1.4	Les suggestions	72
3.1.5	Synthèse et recommandations du Comité	74
3.2	La complémentarité des services	74
3.2.1	Les éléments de la Politique	74
3.2.2	L'état d'implantation	75
3.2.3	Les appréciations	76
3.2.4	Les suggestions	79
3.2.5	Synthèse et recommandations du Comité	80
3.3	L'allocation des ressources humaines et financières	80
3.3.1	Les éléments de la Politique	80
3.3.2	L'état d'implantation	81

3.3.3	Les suggestions	82
3.3.4	Synthèse et recommandation du Comité	82
CHAPITRE 4	POUR RECHERCHER DES SOLUTIONS DANS LE MILIEU DE VIE DES PERSONNES	83
4.1	Les organismes communautaires	83
4.1.1	Les éléments de la Politique	83
4.1.2	L'état d'implantation	84
4.1.3	Les appréciations	85
4.1.4	Les suggestions	88
4.1.5	Synthèse et recommandation du Comité	89
4.2	La désinstitutionnalisation	90
4.2.1	Les éléments de la Politique	90
4.2.2	L'état d'implantation	90
4.2.3	Les appréciations	91
4.2.4	Les suggestions	95
4.2.5	Synthèse et recommandation du Comité	96
CHAPITRE 5	POUR CONSOLIDER LE PARTENARIAT	99
5.1	La décentralisation	100
5.1.1	Les éléments de la Politique	100
5.1.2	L'état d'implantation	100
5.1.3	Les appréciations et les suggestions	101
5.1.4	Synthèse et recommandations du Comité	109
5.2	Le partenariat gouvernemental	111
5.2.1	Les éléments de la Politique	111
5.2.2	L'état d'implantation	111
5.2.3	Les appréciations et les suggestions	112
5.2.4	Synthèse et recommandation du Comité	115
TROISIÈME PARTIE	ENJEUX ADDITIONNELS À CONSIDÉRER	117
CHAPITRE 1	ENJEUX ADDITIONNELS À CONSIDÉRER	119
1.1	La promotion et la prévention en santé mentale	119
1.2	Les services aux jeunes de 0 à 17 ans	121
1.3	Les services aux communautés culturelles	122
1.4	La sectorisation géographique des services psychiatriques	123
1.5	La santé mentale et les femmes	125
1.6	La santé mentale et les personnes âgées	129
1.7	La Loi sur la protection du malade mental	132
SYNTHÈSE GÉNÉRALE ET RECOMMANDATIONS		137

1.	Pour assurer la primauté de la personne	139
2.	Pour accroître la qualité des services	142
3.	Pour favoriser l'équité	144
4.	Pour rechercher des solutions dans le milieu de vie des personnes	146
5.	Pour consolider le partenariat	148
6.	Enjeux additionnels à considérer	150
CONCLUSION		157

INTRODUCTION

La Politique de santé mentale rendue publique en 1989 a été conçue dans une perspective dynamique d'évolution et d'adaptation. Voilà pourquoi elle contient une clause prévoyant une évaluation globale de la pertinence et du fonctionnement de ses moyens d'action, ainsi que des résultats obtenus après cinq ans d'implantation, afin de procéder à sa révision et à son enrichissement. C'est cette intention qui a donné naissance au présent bilan.

Ce bilan a donc été conduit dans l'optique de permettre la mise à jour de la Politique de santé mentale, grâce à de l'information recueillie auprès des principaux acteurs de ce secteur. Il s'agit avant tout d'un travail d'évaluation dont le but est d'être utile à la prise de décision par rapport à la planification des services en santé mentale.

Par ailleurs, ce bilan tient également compte du contexte général d'évolution du système sociosanitaire. En effet, au cours des dernières années, différents changements sont survenus dans le secteur de la santé mentale, changements qui pour la plupart se sont avérés de précieuses expériences pour d'autres secteurs de la santé et des services sociaux. Pensons ici à la primauté accordée à la personne et à son milieu de vie, à la gamme essentielle de services, au plan régional d'organisation de services et à l'expérience du partenariat régional. En fait, plusieurs éléments d'orientation et d'action de la Politique de santé mentale ont influencé la réforme et la transformation de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.

Ces orientations novatrices sont accompagnées de multiples moyens d'action. À titre d'exemple, celle consacrée à la primauté de la personne en comprend trois à elle seule, soit : le plan de services individualisé, les mécanismes de promotion, de respect et de protection des droits et une stratégie d'information. Le bilan d'implantation procède à l'examen de l'implantation de chacun de ces moyens d'action de la Politique.

Le lecteur ou la lectrice trouvera dans ce rapport le fruit des travaux menés par le comité responsable du bilan. La première partie est consacrée au contexte de la démarche ainsi qu'à sa méthodologie. La seconde traite des résultats du bilan en fonction des cinq grandes orientations de la Politique de santé mentale. S'y ajoute une troisième partie qui trace en quelques lignes un portrait des enjeux additionnels à considérer en santé mentale. Enfin, une synthèse générale reprenant les différentes recommandations du Comité du bilan se trouve à la fin du rapport.

BILAN D'IMPLANTATION

DE LA POLITIQUE DE

SANTÉ
mentale



Le contexte du bilan et sa méthodologie

CHAPITRE 1

LE CONTEXTE DE LA DÉMARCHE

Cette première section de notre rapport fait état du contexte administratif et législatif dans lequel a pris naissance le bilan d'implantation de la Politique de santé mentale. Différents sujets y sont abordés, dont le mandat de la démarche, la nature de celle-ci, son but et ses objectifs, ainsi que la composition du comité de travail qui la pilotait. S'y trouvent aussi une courte description de l'objet du bilan, c'est-à-dire la Politique de santé mentale elle-même, ainsi que les questions d'évaluation qui ont été les nôtres tout au long de cette démarche.

1.1 LE MANDAT : SON ORIGINE ET SON CONTEXTE LÉGAL

Dès l'adoption de la Politique de santé mentale en 1989, il avait été convenu d'en assurer la mise à jour après cinq ans d'implantation. Pour y parvenir, le ministère de la Santé et des Services sociaux a choisi, en premier lieu, de dresser un bilan d'implantation de sa politique. Rappelons que la Politique de santé mentale constituait l'essentiel des engagements gouvernementaux en matière de santé mentale. Pour ce faire, il y était envisagé d'implanter et de rendre opérationnels les principaux moyens retenus, ainsi que de procéder à une première évaluation de cette implantation. Cette intention d'évaluation se trouve traduite dans le présent bilan.

Par ailleurs, il faut aussi souligner le caractère dynamique de la Politique de santé mentale qui autorisait en cours de route certains ajustements rendus nécessaires par les changements organisationnels du système de santé et des services sociaux ou encore par l'évolution de certains problèmes, en posant toutefois comme condition de s'inspirer des orientations retenues dans le cadre de la Politique. C'est aussi de cette réalité, changeante, que veut rendre compte ce bilan. Pour compléter ce bref tour d'horizon, il faut rappeler l'introduction de différents changements au contexte législatif de 1989, occasionnés par la nouvelle Loi sur les services de santé et les services sociaux, changements qui ont défini de nouvelles règles du jeu dont on doit tenir compte dans l'application de la Politique de santé mentale et dans son évaluation.

Ainsi, en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le Ministère a la responsabilité de déterminer les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux et de veiller à leur application. Les régies régionales ont principalement pour rôle de planifier, de mettre en oeuvre et d'évaluer, dans leur région, des programmes de santé et de services sociaux. Les établissements sont, pour leur part, responsables d'assurer la prestation des services de santé et des services sociaux dans le respect des droits et besoins des personnes. Il en est de même pour les organismes communautaires en ce qui regarde les services qu'ils dispensent dans le cadre d'un plan régional de services.

Ces changements législatifs et le fait que la Politique de santé mentale interpelle chacun de ces niveaux de responsabilité nous permettent d'apporter une première précision quant aux limites de notre mandat. En effet, en accord avec les responsabilités du Ministère, ce bilan devait porter sur les priorités, les objectifs et les orientations de la Politique et non pas sur l'organisation des services au sein de chaque région ou sur le rôle de chacun des dispensateurs de services. En dernier lieu, soulignons que le mandat de réaliser le bilan d'implantation de la Politique fut confié par le sous-ministre adjoint à la Direction générale de la planification et de l'évaluation.

1.2 LA NATURE DE LA DÉMARCHE

Quant à la façon de dresser le bilan, il apparaissait logique de s'inspirer de l'orientation centrale de la Politique de santé mentale qui consiste à travailler en partenariat. Dans cette perspective, il ne s'agissait pas de vérifier l'application de normes, mais plutôt de permettre aux personnes et aux groupes concernés de s'exprimer par rapport à l'implantation des orientations et des moyens d'action de la Politique. Leur participation au bilan est comprise ici dans le sens où leurs différents témoignages servirent à orienter les recommandations quant aux modifications à apporter à la Politique.

Comme toute opération de cette nature, le bilan cherche à illustrer l'écart entre la Politique telle que planifiée et la réalisation effective de ses orientations¹. Ce type d'évaluation a pour finalité de fournir de l'information pour l'amélioration, la modification ainsi que la gestion des politiques et programmes². De plus, en décrivant le déroulement réel de l'implantation de la Politique, ce bilan part du postulat que, pour des raisons d'adaptation à son contexte, la Politique subit des modifications en cours de route³.

1.3 LE BUT ET LES OBJECTIFS DE LA DÉMARCHE

La Direction générale de la planification et de l'évaluation s'est vu accorder à la fin de l'année 1993 le mandat de procéder à la mise à jour de la Politique de santé mentale. Un des volets de ce mandat consistait à dresser un bilan de la Politique avec pour but premier de déterminer les adaptations requises à la politique actuelle de santé mentale, en tenant compte de l'expérience de son implantation.

Pour atteindre ce but, la Direction a mis en place un comité de travail ayant pour mandat la réalisation des objectifs suivants :

- . élaborer un plan de travail et s'assurer de sa réalisation;

-
1. J.L. Denis et F. Champagne, « L'analyse de l'implantation : Modèles et méthodes », *Revue canadienne d'évaluation*, vol. 5, n° 2, 1990, p. 47-67.
 2. F. Champagne, A.P. Contandriopoulos et R. Pineault, « Un cadre conceptuel pour l'évaluation des programmes de santé », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 33, 1985, p. 173-181.
 3. B. Gauthier (éd.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données*, Québec, PUQ, 1984, 535 p.

- . coordonner les démarches prévues au plan de travail, dans le respect des responsabilités inhérentes à chaque instance;
- . mener les consultations nécessaires à la réalisation du mandat;
- . intégrer les commentaires, les données et les recommandations recueillies;
- . s'assurer que soient proposés des mécanismes d'adaptation et de développement de la Politique de santé mentale;
- . recommander les actions à mettre en oeuvre pour donner suite aux propositions.

1.4 LA COMPOSITION DU COMITÉ DE TRAVAIL

Pour concevoir et mener à bien le bilan d'implantation de la Politique de santé mentale, la Direction générale de la planification et de l'évaluation a constitué un comité de travail composé de personnes représentant les régies régionales de la santé et des services sociaux, et d'autres appartenant aux directions du Ministère concernées par la Politique.

Ce comité comprenait donc des représentants et des représentantes :

- . des régies régionales de la santé et des services sociaux;
- . de la Direction générale des programmes (récemment dissoute);
- . de la Direction générale de la santé publique;
- . de la Direction générale de la coordination régionale;
- . du Service à la condition féminine;
- . de la Direction générale de la planification et de l'évaluation.

La coordination de l'opération a été effectuée par la Direction générale de la planification et de l'évaluation.

1.5 L'OBJET D'ÉVALUATION : LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE

Il est ici nécessaire de rappeler les principales caractéristiques de la Politique de santé mentale qui font l'objet de ce bilan, c'est-à-dire ses orientations et ses moyens d'action. Nous reprendrons, succinctement, chacune des cinq orientations de la Politique en les faisant accompagner des moyens d'action qui leur sont dévolus :

- . *Première orientation:* pour assurer la primauté de la personne
Moyens d'action:
 - . le plan de services individualisé;
 - . les mécanismes de promotion, de respect et de protection des droits;
 - . une campagne d'information et de démystification de la maladie mentale.
- . *Seconde orientation:* pour accroître la qualité des services
Moyens d'action:
 - . la formation de base et la formation continue;
 - . la recherche;
 - . l'évaluation.
- . *Troisième orientation:* pour favoriser l'équité
Moyens d'action:
 - . la gamme essentielle des services de santé mentale;
 - . des services complémentaires;
 - . la répartition des ressources financières;
 - . la répartition des ressources humaines.
- . *Quatrième orientation:* pour rechercher des solutions dans le milieu de vie
Moyens d'action:
 - . la reconnaissance des organismes communautaires;
 - . la désinstitutionnalisation;
 - . les plans de désinstitutionnalisation;
 - . l'appui d'un groupe d'experts.
- . *Cinquième orientation:* pour consolider le partenariat
Moyens d'action:
 - . la décentralisation;
 - . le partenariat gouvernemental.

Évidemment, nous ne faisons ressortir ici que l'ossature de la Politique. Pour une meilleure compréhension de celle-ci, le lecteur aura avantage à consulter le document même⁴. Toutefois, ce bref aperçu nous permet d'illustrer adéquatement l'objet de notre bilan.

4. Gouvernement du Québec, *Politique de santé mentale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989, 62 p.

1.6 LES QUESTIONS D'ÉVALUATION

Toute démarche évaluative se propose de répondre à certaines interrogations fondamentales. Dans le cadre du bilan d'implantation, notre questionnement relève de la nature même de l'opération qui est bien documentée dans la littérature évaluative⁵ et que nous pouvons formuler de la manière suivante : les moyens d'action de la Politique ont-ils été mis en oeuvre conformément à cette dernière ?

Cette interrogation a servi de trame de fond aux consultations que nous avons menées dans le cadre du bilan. De plus, elle supporte un questionnement précis, de nature opérationnelle, questionnement qui a été le nôtre tout au long des consultations et dont nous reprenons l'essentiel ici :

- . ce moyen d'action a-t-il été actualisé ?
- . la clientèle visée a-t-elle été rejointe ?
- . quels types d'opérations illustrent l'actualisation de ce moyen d'action ?
- . qui a été mis à contribution ?
- . quels sont les résultats observés ?
- . quelles difficultés ont marqué l'actualisation de ce moyen d'action ?
- . peut-on identifier des facteurs facilitant l'implantation de ce moyen d'action ?
- . peut-on faire mieux ou autrement ?

1.7 LES LIMITES ET LES AVANTAGES DE LA DÉMARCHE

La principale limite de notre bilan concerne la nature même de notre démarche évaluative. Cette démarche cherche à poser un jugement lié au contexte particulier de la Politique de santé mentale et non à améliorer la connaissance d'un problème d'ordre général, indépendant de tout contexte particulier⁶. En ce sens, elle est libre de toute théorie, ou à tout le moins elle ne repose que sur la théorie de l'intervention qui est celle de la Politique. Par contre, cette limite peut être considérée comme une force, sous l'angle de l'évaluation des politiques, puisqu'il y a utilisation immédiate des résultats, tant dans la reformulation de la Politique qu'à travers l'action ministérielle dans le champ de la santé mentale.

5. É. MONNIER, *Évaluations de l'action des pouvoirs publics*. Paris, Économica, 1992, 245 p.

6. M. HURTEAU et M.A. Nadeau, « Évaluation de programme, recherche évaluative et recherche », *Revue canadienne de psycho-éducation*, vol. 16, n° 2, 1987, p. 91-96.

D'un point de vue méthodologique, le recours à des informateurs et à des informatrices laisse croire à une apparente imprécision. Cependant, dans le contexte de notre évaluation, cette approche demeure plus riche en information qu'une démarche plus quantifiée qui ne peut nous révéler ce qu'il y a d'essentiel dans les comportements et opinions des acteurs en place qui sont les premiers responsables de l'implantation de la Politique.

Par ailleurs, le fait d'avoir entrepris une investigation auprès de huit catégories différentes d'acteurs, telles que définies dans la prochaine section, nous permet de croire, par la confrontation de plusieurs points de vue particuliers, que l'information qui nous est fournie est relativement fiable. Ce postulat est à la base même de l'évaluation pluraliste qui s'est développée ces dernières années. Une telle approche permet de fournir de l'information relativement juste, tout en évitant les limites d'un modèle expérimental qui est difficilement applicable dans le contexte novateur dans lequel prend place la Politique de santé mentale⁷.

Il faut souligner une autre limite propre à notre démarche : certaines personnes que nous avons rencontrées auraient aimé être partie prenante de notre bilan dès sa planification, notamment celles qui représentent les groupes communautaires et alternatifs, qui ont été consultées au même titre que nos autres interlocuteurs et interlocutrices, ce qui ne fut pas le cas. Ici, nous nous sommes heurtés à la question de l'imputabilité de gestion d'organisations différentes, ainsi qu'au partage des responsabilités entre le Ministère et les organismes communautaires. Par contre, la question qui demeure en suspens est la suivante : jusqu'à quel point la participation de ces acteurs, et de certains autres, à la conception de notre bilan en aurait-elle modifié les contours ?

C'est donc en ayant en tête ces différentes limites qu'il faut juger de la valeur de notre bilan, lequel nous aura permis de porter un premier regard sur l'implantation réelle de la Politique de santé mentale, ce qui, à nos yeux, en constitue le principal mérite. La prochaine partie de ce rapport est consacrée à la méthodologie qui a été utilisée pour mener à bien ce bilan.

7. Plusieurs auteurs, dont nous nous sommes inspirés, ont contribué récemment à ce renouvellement des façons de faire en évaluation : Éric Monnier, M.Q. Patton, E. Guba et Y. Lincoln.

CHAPITRE 2

LE CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Dans cette section, nous décrirons les différents éléments de méthodologie ayant servi à mettre en place notre démarche, à savoir : la stratégie de collecte de données et l'outil de consultation, ainsi que le déroulement de celle-ci. Par après, nous dresserons la liste des groupes rencontrés lors de notre consultation pour nous arrêter ensuite sur le traitement et l'analyse des données, ainsi que sur les résultats attendus de notre démarche.

2.1 LA STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES ET L'OUTIL DE CONSULTATION

Une méthode dynamique de consultation, privilégiant l'entrevue de groupe, a été retenue afin de réaliser le bilan d'implantation. Cette technique s'appuie sur le témoignage verbal des sujets afin d'obtenir de l'information quant à leurs expériences⁸. La consultation portait essentiellement sur la mise en oeuvre des moyens d'action contenus dans la Politique de santé mentale. Lors des rencontres, nous discutons avec nos interlocuteurs et interlocutrices :

- . de leur appréciation générale de la Politique de santé mentale;
- . de la contribution qu'ils estiment avoir apportée à la réalisation des différents moyens d'action de la Politique;
- . des perspectives d'enrichissement de la Politique.

À partir d'une grille de consultation, transmise avant la rencontre, chaque groupe consulté pouvait choisir de se prononcer sur l'implantation de l'un ou l'autre des moyens d'action de la Politique, ou sur leur ensemble, en fonction de ses préoccupations, de ses expériences et des responsabilités qu'il assume dans l'actualisation de cette politique; la possibilité lui était également offerte d'aborder tout autre sujet pertinent à ses yeux. La grille de consultation transmise aux membres de ces groupes reprenait les orientations et les moyens d'action contenus dans la Politique et dont on retrouve la liste dans la section 1.5 du présent rapport.

2.2 LE DÉROULEMENT DE LA CONSULTATION

La démarche de consultation auprès de nos interlocuteurs et interlocutrices, rappelons-le, a pris la forme d'entrevues de groupes au moyen d'une grille de consultation. Pour mener à bien ces rencontres, nous avons constitué des équipes de consultation formées d'une personne qui assurait la conduite de l'entrevue, cette personne étant accompagnée de deux collègues assurant la prise de notes lors de l'entrevue. Chaque rencontre durait, en moyenne, une demi-journée.

Le compte rendu produit à la suite de ces rencontres était acheminé à chacun des groupes consul-

8. M.A. Nadeau, *L'évaluation de programme. Théorie et pratique*, Québec, PUL, 1988, 430 p.

tés, afin que ses membres en valident le contenu. La version finale, servant au bilan d'implantation, était retournée aux groupes consultés, qui pouvaient en disposer à leur gré⁹.

2.3 LES PERSONNES ET LES GROUPES RENCONTRÉS

De nombreux interlocuteurs et interlocutrices ont été rencontrés dans le cadre du bilan, soit 459 personnes qui se répartissent en 59 groupes. De fait, nous estimons avoir rencontré la très grande majorité des représentants et des représentantes des personnes et des groupes actifs dans le domaine de la santé mentale. De plus, il y a eu deux forums d'usagers et d'usagères, soit deux personnes par région sociosanitaire, qui ont été organisés aux fins de notre bilan¹⁰.

L'ensemble de ces consultations se sont déroulées de septembre 1994 à avril 1995, et ce, à la grandeur du Québec.

Aux fins du traitement et de l'analyse des données recueillies, les groupes rencontrés se répartissent ainsi :

1. **Les groupes d'usagers** : un forum des usagers de l'Est du Québec et un autre de l'Ouest; l'Association québécoise des dépressifs et maniacodépressifs; la Fondation d'anorexie nerveuse et de boulimie du Québec; l'Association des déprimés anonymes.
2. **Les familles et les proches** : la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM).
3. **Les milieux communautaires** : l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ); le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ); les tables régionales des ressources communautaires et alternatives en santé mentale du Québec; l'Association québécoise de suicidologie (AQS); l'Association canadienne de la santé mentale (ACSM); le Regroupement « L'R » des centres de femmes du Québec; la Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec; le Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale; le Regroupement québécois des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS).
4. **Les intervenantes et les intervenants** : l'Association des médecins psy-

9. En cours de route, nous avons pu constater que ces comptes rendus ont servi, dans plusieurs cas, à différents groupes consultés, que ce soit pour dresser un état de situation, ou encore comme outil de promotion de leurs activités, d'où l'aspect formateur de notre bilan, et ce, avant même que ses résultats finaux aient été publiés.

10. Il faut ici remercier le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) et l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) pour leur collaboration dans l'organisation de ces forums.

chiatres du Québec; l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec; le comité de santé mentale de la Confédération des syndicats nationaux (CSN); l'Association des médecins omnipraticiens oeuvrant en établissement psychiatrique (AMOEP); l'Association des médecins oeuvrant en CLSC et en centres de santé; le Groupe provincial de promotion de la qualité des soins infirmiers en psychiatrie; l'Ordre professionnel des psychologues du Québec.

5. **Les associations d'établissements** : la commission sur la santé mentale de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ); la Fédération des centres locaux de services communautaires (FCLSC).
6. **Les comités tripartites**, ou les instances qui en assument les responsabilités, dans chacune des régions sociosanitaires, exception faite de celles du Grand Nord. Ces comités sont composés en parts égales de représentants des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de représentants d'organismes communautaires actifs en santé mentale et de représentants des différentes communautés et organisations de la région pouvant avoir une influence en santé mentale.
7. **Les régies régionales** de la santé et des services sociaux de toutes les régions, sauf celles du Grand Nord.
8. **Les instances provinciales**, soit différents organismes et directions du MSSS : les responsables du programme conjoint de recherche en santé mentale du Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) et du Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS); la Direction de la santé mentale; la Direction générale de la santé publique; la Direction générale de la coordination régionale; la Direction de la recherche et de l'évaluation; la Direction de la planification; le Bureau des services aux communautés culturelles; le Service à la condition féminine.

2.4 LE TRAITEMENT ET L'ANALYSE DES DONNÉES

Le matériel à traiter est constitué, pour l'essentiel, des comptes rendus produits à la suite de chaque rencontre et validés par les membres des groupes consultés. De plus, certains groupes et associations ont produit des mémoires pour les fins de notre consultation. Ces documents ont aussi été pris en considération.

L'analyse de contenu des différents comptes rendus a été effectuée par les membres du comité de travail du bilan d'implantation. Pour procéder au traitement de l'information recueillie, le comité s'est doté d'un outil standardisé de lecture qui se présentait sous forme de grille et qui permettait de faire état du degré d'implantation des différents moyens d'action de la Politique, selon chacune des orientations retenues dans cette dernière.

Cet outil permettait aussi de mettre en évidence ce qui constituait, aux yeux des personnes consultées, les points forts et les points faibles des différentes interventions effectuées en santé mentale. Finalement, les propositions de nos interlocuteurs et interlocutrices par rapport à d'éventuels changements de la Politique ont aussi été pris en considération. Finalement, mentionnons que l'information contenue dans nos grilles a été validée au moyen d'un retour aux comptes rendus originaux par chacun des rédacteurs et rédactrices du bilan lorsqu'ils effectuèrent la première rédaction du rapport.

2.5 LES RÉSULTATS ATTENDUS DE LA DÉMARCHE

Un rapport de type bilan sert davantage à fournir des informations utiles à la prise de décision concernant la planification et la gestion des politiques qu'à interpréter les données recueillies en fonction d'un cadre théorique spécifique¹¹. Dans cette perspective, notre préoccupation première est de proposer les ajustements requis à la Politique de santé mentale, après l'examen de sa mise en application.

Le bilan doit aussi permettre de proposer des actions prioritaires à entreprendre dans la démarche de révision de la Politique et des thèmes de réflexion ou d'évaluation à approfondir. Bien entendu, l'information recueillie devait être résumée dans un document dressant un ensemble d'états de situation faisant ressortir les points de vue des groupes consultés, ce qui est l'objet du présent rapport. La prochaine section de notre rapport présente les résultats de notre démarche de bilan en fonction des orientations et des moyens d'action contenus dans la Politique.

11. Conseil du Trésor du Canada (Contrôleur général), *Principes pour l'évaluation des programmes*, Ottawa, 1981, 48 p.

BILAN D'IMPLANTATION

DE LA POLITIQUE DE

SANTÉ
mentale



La présentation des résultats

CHAPITRE 1

POUR ASSURER LA PRIMAUTÉ DE LA PERSONNE

« Je suis une personne, pas une maladie ! »

Ce cri du coeur est à l'origine de l'orientation première de la Politique de santé mentale qui, dès la parution du rapport du Comité concernant la Politique de santé mentale en 1987, donnait la préséance à la personne.

En 1989, les artisans et artisanes de la Politique postulaient que la condition des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale s'améliorerait avec la mise en place de trois mesures spécifiques, soit : un plan de services individualisé, des mécanismes de promotion, de respect et de protection des droits, ainsi qu'une stratégie d'information. Le présent bilan nous permet de juger de la situation quelques années plus tard.

1.1 LE PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ

1.1.1 LES ÉLÉMENTS DE LA POLITIQUE

Afin d'assurer la continuité de l'intervention auprès de la personne souffrant de problèmes de santé mentale, le Ministère, dans sa Politique de santé mentale, fait la promotion de l'utilisation du plan de services individualisé (PSI) de façon à ce que l'on puisse disposer, pour chacun des usagers et usagères, d'un moyen de coordination des interventions apte à satisfaire l'ensemble de leurs besoins en ce qui concerne les services.

Selon la Politique de santé mentale, la personne est à la base du plan de services individualisé et constitue le point de référence de tous les intervenants et intervenantes. Ce plan doit permettre : de cerner les besoins et les capacités de la personne; d'aménager les services prévus en fonction de ses besoins et des ressources du milieu; de coordonner les actions préventives, curatives, de réadaptation et de soutien; de partager l'information avec la personne et ses proches, ainsi qu'entre les intervenants.

De plus, le plan de services individualisé se doit de refléter la condition bio-psycho-sociale de la personne et de prévoir sa participation ou celle d'un proche dans la définition des mesures envisagées pour elle, ainsi que dans la désignation d'un responsable pour la coordination.

Par sa Politique, le Ministère rend obligatoire le plan de services individualisé, de façon progressive, dans le cas de certains groupes de personnes dont la condition exige l'action de plusieurs intervenants. Il s'adresse en priorité à trois catégories de personnes : celles qui reçoivent des services de santé mentale pendant de longues périodes et pour lesquelles on envisage un retour dans la communauté; celles qui souffrent de troubles mentaux chroniques associés à un handicap, une déficience intellectuelle ou un comportement antisocial; enfin, celles qui, sans nécessairement avoir connu de longues périodes en établissement, fréquentent de façon régulière

les services externes des établissements publics et d'autres ressources de la communauté.

Selon la Politique, la finalité du plan de services individualisé, qui est de recentrer les services sur la personne, sera respectée en tenant compte des considérations suivantes :

- . le contenu du plan et les actions qu'il prévoit doivent reposer sur la mobilisation de la personne, de son milieu et des intervenants du secteur de la santé et des services sociaux ainsi que de ceux d'autres secteurs;
- . le plan de services individualisé doit appartenir à la personne concernée et constituer un moyen, non une formule administrative, pour assurer, de façon claire et explicite, la continuité et la coordination de l'intervention.

De plus, la coordination des services inhérente à la mise en place et au bon fonctionnement du plan de services individualisé n'exige pas l'instauration d'un modèle unique. Par ailleurs, il y est aussi souligné que le plan ne doit pas se traduire par une demande inconsidérée de services.

Finalement, signalons que la Politique mentionne que c'est la personne elle-même ou un intervenant actif auprès d'elle, désigné comme « personne-pivot », qui assure cette coordination. Toutefois, la responsabilité d'amorcer la démarche d'élaboration du plan, de le réviser et de l'évaluer revient au principal intervenant qui dispense des services à la personne.

1.1.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION

Dans cette première section de notre analyse, nous rappellerons à grands traits les principales constatations de notre bilan à l'égard de l'implantation du plan de services individualisé (PSI) depuis la mise en place de la Politique de santé mentale, en 1989. Première constatation, cet instrument est peu utilisé. En fait, il n'a pratiquement pas été implanté, si ce n'est à titre d'expérience pilote dans quelques localités du Québec. De plus, les usagers et usagères ainsi que les intervenants et intervenantes, tant des milieux communautaires que des milieux institutionnels, ont été à même de remarquer, à partir de leurs points de vue respectifs, que ces expériences ont été peu fructueuses.

Par ailleurs, ces mêmes personnes avancent que le plan de services individualisé serait davantage utile dans un contexte où les clientèles souffrent de déficience intellectuelle et d'autisme. En fait, son usage serait moins approprié pour les personnes qui ont des problèmes de santé mentale, puisque les difficultés d'apprentissage auxquelles s'adresse le PSI sont vécues chez celles-ci avec moins d'acuité que chez les personnes souffrant de déficience intellectuelle. Cependant, il serait efficace, dans une certaine mesure, lorsqu'il y a désinstitutionnalisation de la clientèle.

Finalement, dans les quelques localités où le PSI a été implanté, nos interlocuteurs et interlocutrices des régies régionales nous rapportent que son usage ne fut pas systématique, l'outil étant davantage utilisé selon l'esprit qui a présidé à sa conception, plutôt qu'appliqué intégralement. Doit-on en conclure pour autant que les pratiques de concertation qui prévalaient avant la mise en application du PSI furent celles qui continuèrent d'être partagées par les divers intervenants du champ de la santé mentale ? Les appréciations de nos différents interlocuteurs nous fourniront

un certain éclairage par rapport à cette question.

1.1.3 LES APPRÉCIATIONS

Les usagers et usagères

Les témoignages reçus lors de la tenue de nos forums d'usagers nous confirment que la personne n'est pratiquement jamais consultée lors de l'élaboration du PSI qui lui est dédié, qu'elle demeure éloignée des décisions la concernant. Situation qui, selon les dires des usagers et usagères, irait à l'encontre même du principe de primauté de la personne.

Le respect de la confidentialité et des droits est primordial aux yeux des usagers, qui sentent toujours des menaces à cet égard lorsqu'il s'agit du PSI. La circulation de l'information entre un trop grand nombre d'intervenants contribuerait selon eux à briser cette confidentialité. De plus, le caractère obligatoire et légal du PSI ne respecterait pas le droit au libre choix de la personne. En fait, certains témoignages des usagers comportent plusieurs critiques à l'égard du PSI. On lui reproche son manque de souplesse face à des besoins en constante évolution. Pour d'autres, le PSI est assimilé davantage à un instrument de contrôle social qu'à un moyen d'intervention. À la limite, selon quelques-uns, le PSI prendra des allures d'outil de chantage, si l'utilisateur refuse de se prêter à l'exercice. D'un autre côté, les usagers que nous avons rencontrés nous confirment que les modalités d'application qui prévalent concernent davantage les difficultés d'apprentissage et sont mieux adaptées au contexte de la déficience intellectuelle qu'à celui de la santé mentale.

Finalement, les usagers croient qu'en réalité les réseaux, tant public que communautaire, n'ont pas les effectifs nécessaires pour mettre en oeuvre le PSI, et ce, pour l'ensemble des clientèles concernées.

Les familles et les proches

Rappelons que les familles et les proches ont été rejoints lors d'une rencontre avec les représentants et représentantes de la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale. Pour eux, le PSI est intéressant d'un point de vue conceptuel et philosophique. Cependant, ils partagent les craintes des usagers à l'égard d'un bris potentiel de confidentialité.

À leurs yeux, le PSI serait un outil davantage utile pour l'intervenant ou l'intervenante que pour la famille et l'utilisateur. De fait, les personnes rencontrées nous ont rapporté avoir été totalement oubliées pour ce qui est de la formation aussi bien que de l'information par rapport au PSI. Le résultat est qu'elles ne se sont pas, ou se sont peu senties concernées à cet égard. En dernier lieu, soulignons que les représentants de la Fédération considèrent que le PSI n'est pas un outil adapté à la situation de la personne aux prises avec des problèmes chroniques de santé mentale.

Les milieux communautaires

Dans l'ensemble, les différents groupes communautaires qui ont été rencontrés lors de notre bilan partagent les avis des usagers et usagères, ainsi que ceux de la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale. En plus de croire que la liberté de choix de l'utilisateur n'est pas respectée lors du processus conduisant à la mise en oeuvre du PSI, ils ont les mêmes craintes que nos interlocuteurs et interlocutrices précédents à l'égard du bris potentiel de la confidentialité. En raison de ces considérations, ils estiment eux aussi que le PSI ne favorise pas l'orientation de la primauté de la personne et peut même aller à l'encontre de celle-ci.

Même constat négatif de leur part face à un outil qui est davantage perçu en termes de contrôle social, et qui serait surtout utile pour les intervenants et intervenantes, plutôt que pour la personne. Le PSI est aussi, selon nos interlocuteurs, un outil contraignant qui risquerait d'être utilisé comme critère lors du financement de leurs activités. Cependant, pour certains, le modèle demeure intéressant d'un point de vue conceptuel.

Par ailleurs, certains groupes communautaires déplorent le manque de reconnaissance de leur expertise lorsque l'intervention porte sur des phénomènes particuliers, comme le suicide et la problématique des femmes en santé mentale. Finalement, eux aussi considèrent que les réseaux public et communautaire n'ont pas les effectifs nécessaires pour mettre en oeuvre, à grande échelle, le plan de services individualisé.

Les intervenants et intervenantes

Tout comme les personnes et les groupes cités précédemment, les différents groupements d'intervenants consultés dans le cadre de notre bilan font sensiblement les mêmes constats à l'égard du PSI. À leurs yeux, l'outil serait plus utile pour les dispensateurs de services que pour les personnes elles-mêmes. Le fait que certains intervenants et intervenantes l'utilisent surtout comme instrument de concertation, entre eux, serait révélateur à cet égard. Dans cette perspective, l'utilité du PSI est perçue comme étant davantage relative à des fins administratives qu'à des fins cliniques.

Plus particulièrement, un des groupes d'intervenants considère que le PSI est de peu d'utilité pour les usagers et usagères, et qu'il est même intimidant. Malgré son intérêt du point de vue conceptuel, le PSI, pour certains, ne respecterait pas l'autonomie de la personne en supplantant à sa prise en charge; cette situation serait encore plus pénalisante pour les femmes en difficulté. Nos interlocuteurs et interlocutrices soulignent également le fait que les familles auraient été tenues à l'écart de la démarche et, par voie de conséquence, se seraient peu senties concernées par le PSI.

D'un autre côté, certains intervenants nous font remarquer que le PSI, reposant sur une philosophie d'apprentissage issue du domaine de la déficience intellectuelle, n'est que peu ou pas transposable en santé mentale. Il y en a d'autres qui nous rapportent que l'outil serait utilisé principalement à la sortie des patients de l'institution. Finalement, nos interlocuteurs nous soulignent aussi que la gestion du PSI, en l'absence d'une « personne-pivot » ou d'un « case manager », fait défaut. De surcroît, la compréhension même de la définition et l'utilisation de l'outil varieraient d'un intervenant à l'autre, et cela sans compter que ni le réseau public ni le réseau communautaire

n'auraient les effectifs nécessaires pour s'engager à fond dans la démarche.

Les associations d'établissements

Malheureusement, nous n'avons pas le point de vue des différentes associations d'établissements concernant l'implantation du plan de services individualisés, parce qu'elles ne se sont pas prononcées sur le sujet.

Les comités tripartites

Lors de notre bilan, nous avons rencontré chacun des comités tripartites régionaux ou, à défaut de tels comités, les instances qui en tiennent lieu. Les témoignages que nous avons reçus couvrent un large éventail d'opinions et de situations. De plus, ils viennent en quelque sorte cristalliser ce que nous avons appris de nos interlocuteurs et interlocutrices précédents, soit que :

- . les usagers et usagères seraient peu consultés lors de l'élaboration du PSI; le principe de la primauté de la personne, par le fait même, se réaliserait mal;
- . la démarche d'élaboration du PSI intimiderait l'utilisateur, risquerait de nuire à la confidentialité des renseignements le concernant, à ses droits, à sa liberté et à son autonomie, étant donné son caractère obligatoire;
- . les familles auraient été oubliées lors des séances de formation et d'information;
- . il y aurait trop d'intervenants à mettre à contribution, certains parmi ceux-ci étant réticents à participer à l'élaboration du PSI. Par ailleurs, le PSI répondrait davantage au besoin de concertation des intervenants qu'aux besoins des usagers;
- . le PSI risquerait de devenir un outil de contrôle social;
- . le PSI répondrait davantage aux besoins d'apprentissage des personnes atteintes de déficience intellectuelle qu'à ceux des personnes ayant des problèmes de santé mentale;
- . certaines lacunes de gestion concernant le PSI seraient observables, étant donné l'absence de « personne-pivot » ou encore de « case manager »;
- . il y aurait absence de compréhension commune à l'égard de l'utilisation du PSI et de sa définition;
- . les réseaux public et communautaire n'auraient pas le personnel nécessaire pour mener à bien la démarche.

Les régions régionales

Certains de nos interlocuteurs et interlocutrices des régions régionales considèrent que le PSI constitue un modèle intéressant d'intervention, d'un point de vue conceptuel. D'un autre côté, quelques autres estiment que l'implantation du PSI favoriserait en principe la concertation entre intervenants et permettrait à ces derniers, dans une certaine mesure, de se rapprocher des préoccupations de leurs clientèles.

Par ailleurs, selon les témoignages reçus des régions régionales, il n'y aurait que très peu de plans de services implantés à l'heure actuelle. En fait, les quelques rares expériences qui ont été menées à terme furent le fait de projets pilotes, trop peu nombreux cependant pour nous permettre de conclure quant à l'efficacité réelle de cet outil. De plus, nos interlocuteurs des régions régionales sont bien au fait du faible degré d'implantation du PSI et des difficultés pouvant expliquer ces maigres résultats. À cet égard, le retrait de plusieurs intervenants, principalement les groupes communautaires, en raison des risques d'atteinte à la confidentialité, ainsi que la réaction d'autres intervenants en milieu institutionnel qui ne se sont pas approprié l'outil, lui préférant leur modèle d'intervention habituel, constituent des défis de taille à l'implantation du PSI.

Finalement, sans demander de mettre un terme à la démarche, plusieurs de nos interlocuteurs des régions régionales nous suggèrent de faire en sorte de mettre toutes les chances de leur côté pour amoindrir les résistances et permettre une réelle implantation du PSI. À leurs yeux, il n'y aurait que peu d'arguments précis permettant de se prononcer sur le sort d'un outil qui, somme toute, n'aurait pratiquement pas été implanté.

Les instances provinciales

Les témoignages reçus des différentes directions et services du ministère de la Santé et des Services sociaux semblent assez bien concorder avec ceux de nos autres interlocuteurs et interlocutrices. En effet, les répondants et répondantes du Ministère considèrent que le PSI peut être un outil intéressant d'un point de vue conceptuel, mais ils ont la même opinion que plusieurs des autres personnes rencontrées en ce qui concerne les menaces potentielles à la confidentialité et le faible degré d'implantation de l'outil en question.

Par ailleurs, le caractère obligatoire du PSI, caractère qui porterait atteinte à la liberté des usagers et usagères, et le fait qu'il semblerait mieux adapté au contexte de la déficience intellectuelle, sont d'autres éléments qui ont été pointés du doigt par nos répondants du Ministère. Finalement, ces derniers ont aussi souligné la résistance affichée de plusieurs intervenants et intervenantes, tant du milieu institutionnel que du milieu communautaire, à l'égard du PSI.

1.1.4 LES SUGGESTIONS

La première suggestion à retenir concerne principalement les usagers et usagères. Règle générale, la majorité de ceux-ci recommandent que l'ensemble de la démarche menant à l'élaboration du plan de services individualisé soit respectueuse des droits des usagers, tant en ce qui concerne leur consentement qu'en ce qui concerne la confidentialité qui est requise lors de cette démarche. En somme, la primauté de la personne demeure encore le souci de la majorité de nos interlocu-

teurs et interlocutrices.

Il y a aussi un fort consensus sur le caractère obligatoire du PSI, caractère qu'on voudrait voir disparaître au profit de la liberté de choix des usagers. À cet égard, les usagers souhaitent une modification de la loi actuelle. Autre souhait exprimé par la majorité de nos interlocuteurs : permettre à la famille de prendre place au sein de la démarche en tant que partenaire à part entière. Pour ce faire, ils estiment que la famille devrait être partie prenante de la formation dispensée par rapport au plan de services.

Mentionnons une autre suggestion intéressante et toujours d'actualité : permettre à l'intervenant ou à l'intervenante, dans sa pratique, d'avoir la capacité de respecter l'autonomie du client. Dans cette perspective, la stabilité et la continuité de l'intervention demeurent toujours des conditions importantes pour l'ensemble des personnes rencontrées.

Par ailleurs, ces dernières nous ont énuméré plusieurs conditions de réussite de la mise en oeuvre de l'outil comme tel : un financement adéquat, la participation effective de l'utilisateur et de la famille, une gestion responsable au moyen de la « personne-pivot », un soutien technique approprié, un leadership efficace de la part des principaux responsables. Finalement, nous ont été aussi suggérées l'évaluation de la démarche actuelle, lorsqu'elle est implantée, de même que différentes solutions de rechange à celle-ci, comme une démarche de suivi communautaire impliquant la présence active des intervenants auprès de la personne.

1.1.5 SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS DU COMITÉ

Le plan de services individualisé constitue le premier moyen de la Politique de santé mentale pour actualiser l'orientation de la primauté de la personne. Le bilan nous a permis de constater que l'outil a été peu utilisé et qu'il a fait face à des résistances affichées de la part de nombreux acteurs; le respect de la confidentialité des renseignements concernant les usagers et les usagères est au coeur de ces résistances. Dans bien des cas, l'absence de personne significative pour l'utilisateur, agissant à titre de « personne-pivot », est venue renforcer ces résistances.

D'autre part, la philosophie d'action sur laquelle le PSI repose ne semble pas avoir été remise en question; cependant, son caractère obligatoire, de par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, ne fait pas l'unanimité chez nos interlocuteurs et interlocutrices parce qu'ils perçoivent un manque de respect quant aux prérogatives de l'utilisateur et que l'obligation légale est devenue une fin en soi.

Finalement, considérant que le PSI est surtout utile en contexte d'apprentissage, comme c'est le cas pour la déficience intellectuelle, bien souvent des intervenants ou intervenantes préfèrent expérimenter d'autres formes d'intervention, en respectant les engagements de la Politique.

Étant donné la volonté affirmée, à l'intérieur de la Politique de santé mentale, d'assurer la primauté de la personne, volonté non remise en cause par les personnes rencontrées lors de notre bilan, et considérant que la personne doit détenir le pouvoir de décision sur tout ce qui la concerne, nous recommandons :

- **que l'élaboration et la mise en oeuvre du plan de services individualisé ne soient obligatoires pour les intervenants et les dispensateurs de services que lorsque la personne concernée en exprime le besoin;**
- **que les modifications législatives conséquentes soient effectuées afin d'enlever au plan de services individualisé le caractère obligatoire que lui donne la Loi sur les services de santé et les services sociaux.**

De plus, considérant que l'outil actuel semble d'un apport limité en ce qui concerne le secteur de la santé mentale, nous recommandons :

- **d'explorer et d'évaluer de nouvelles façons de faire, comme le suivi communautaire, l'accompagnement personnalisé et l'intervention en réseau, en faisant appel à la participation de l'ensemble des partenaires concernés, y compris les usagers et les familles, en vue d'assurer la continuité des services, dans le respect du principe de la primauté de la personne et de ses droits.**

1.2 LES MÉCANISMES DE PROMOTION, DE RESPECT ET DE PROTECTION DES DROITS

1.2.1 LES ÉLÉMENTS DE LA POLITIQUE

La Politique de santé mentale souligne avec force les droits de la personne en rappelant leur inscription dans les chartes, fédérale et provinciale, ainsi que les lois qui en font mention. Elle insiste aussi sur le respect des droits fondamentaux de la personne comme le droit à la liberté, à l'intégrité, à la vie privée ainsi qu'à des services de santé adéquats.

Dans cette politique, le Ministère s'est aussi donné comme objectif de rendre opérationnel un système complet de promotion, de respect et de protection des droits qui s'appuie sur la création et la consolidation de ressources, sur une fonction d'accompagnement au niveau régional, sur la réaffirmation des responsabilités du réseau de services en cette matière et sur la disponibilité d'un recours formel et indépendant du réseau de services.

Par ailleurs, soulignons que le Ministère, dans sa politique, désire également consolider le rôle des comités d'usagers et favoriser leur représentativité. Finalement, il y est aussi question que le Ministère demande l'élargissement du mandat du Protecteur du citoyen, pour y inclure le règlement de dossiers de personnes éprouvant des troubles mentaux.

1.2.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION

Le service régional d'aide et d'accompagnement, prévu à l'intérieur de la Politique pour actualiser le principe du respect des droits des personnes souffrant de problèmes de santé mentale, est implanté dans la majorité des régions du Québec. Cependant, plusieurs des organismes qui offrent ce service n'ont été mis sur pied que tout récemment. Selon nos interlocuteurs et interlocutrices, il reste beaucoup à faire dans ce domaine, dont l'établissement de liens plus étroits entre ces organismes et le réseau de la santé et des services sociaux.

Par ailleurs, nous sommes à même de constater que le financement alloué aux organismes de défense des droits varie passablement d'une région à l'autre. Plusieurs représentants et représentantes de ces organismes soulignent aussi la faiblesse de leur niveau de financement, compte tenu du caractère régional de leur mandat qui les oblige à des dépenses de fonctionnement plus grandes que celles d'une activité purement locale. Cependant, il faut souligner que les organismes de défense des droits dont il est question ici sont présentement très bien implantés dans deux régions, soit celle de la Montérégie et celle de l'Outaouais. À cet égard, les résultats de notre bilan nous indiquent que les régies régionales, en ces deux endroits, se sont impliquées avec conviction en procurant des assises solides et un meilleur financement aux organismes de défense des droits en santé mentale de leur région.

En ce qui concerne les comités d'usagers en centre hospitalier psychiatrique, nos interlocuteurs nous indiquent qu'ils sont majoritairement implantés, et ce, souvent avant même la venue de la Politique en 1989. Toutefois, il semblerait que bon nombre de ceux-ci se soient confinés à leur ancienne mission, davantage orientée vers la promotion des loisirs, plutôt que de se consacrer à la défense des droits des usagers et des usagères, ainsi que le prévoyait la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Finalement, les services des plaintes des régies régionales, selon nos interlocuteurs, sont en activité dans toutes les régions; cependant, ceux-ci ont rarement été en mesure de nous fournir une appréciation quant à l'efficacité de ces services. Par ailleurs, il n'y a pas eu d'élargissement du mandat du Protecteur du citoyen au secteur de la santé mentale, contrairement à ce qui était prévu dans la Politique de santé mentale.

1.2.3 LES APPRÉCIATIONS

Les usagers et usagères

Les usagers et usagères rencontrés nous rapportent que, malgré les efforts consentis, les préjugés demeurent tenaces envers les personnes ayant été psychiatisées, ce qui n'est pas sans influencer le respect de leurs droits fondamentaux. Selon ces usagers, il n'y a pas que les préjugés qui leur rendent la vie difficile; plusieurs disent avoir essuyé régulièrement des refus de la part du milieu hospitalier à l'encontre du droit d'être visités par leurs proches. Plus particulièrement, les femmes éprouveraient aussi de sérieuses difficultés quant à la garde de leurs enfants, à la suite d'une hospitalisation pour des problèmes de santé mentale.

Le témoignage des usagers que nous avons consultés est particulièrement étoffé en ce qui concerne leur droit à des services adéquats. À leurs yeux, le modèle d'intervention médical est trop souvent utilisé aux dépens d'autres types d'intervention, davantage centrés sur l'écoute et la relation d'aide personnalisée. Dans cette perspective, l'humanisation des soins, selon eux, constitue encore un idéal à atteindre plutôt qu'une réalité. De plus, dans plusieurs cas, leur liberté de choix quant au médecin traitant serait brimée d'une façon ou d'une autre. Finalement, leur situation serait d'autant plus pénible à leur sortie de l'hôpital, en raison d'une part de l'absence de suivi adéquat, et d'autre part de la discrimination qu'ils subissent pour avoir accès à certains services à cause de leur passé en établissement psychiatrique.

Tout en sachant apprécier à sa juste mesure la contribution des intervenants et intervenantes qui leur procurent soin et aide, ils trouvent malheureux d'avoir à subir une évaluation psychiatrique avant de pouvoir faire appel aux services d'autres catégories d'intervenants comme les psychologues ainsi que les travailleuses et travailleurs sociaux.

La médication qu'ils reçoivent constitue aussi un sujet de préoccupation pour les usagers. Ils se sentent peu ou pas informés quant aux médicaments et à leurs effets; selon eux, il y a souvent surmédication et prescription inutile par excès de prudence, de peur que leur état se dégrade. À cet égard, les psychiatres ont fait l'objet de remarques, souvent acerbes, de la part des usagers rencontrés. Ils leur reprochent de ne fournir que peu d'information quant au traitement et à l'évolution de leurs problèmes, de ne pas les écouter et de les gaver de médicaments, de faire obstacle à l'expression de certains de leurs droits, notamment celui à l'accompagnement, d'abuser en quelque sorte de leur autorité médicale.

L'hospitalisation, telle que vécue par les usagers, ne fait pas non plus l'objet d'éloges de leur part. On décrit un milieu de vie qui est loin d'être adéquat : manque de respect des droits de l'individu, ne serait-ce que la libre circulation, manque d'information de la part des intervenants et de la direction, manque d'intimité personnelle, traitement des émotions par la médication, isolement, bris d'autonomie, manque de suivi à la sortie, chantage et menaces. Par ailleurs, certains usagers se disent victimes de représailles lorsqu'ils font valoir leurs droits, comme le refus des médicaments et de la cure fermée. Finalement, les services de traitement des plaintes en milieu hospitalier souffriraient de lourdeur et les délais de réponse seraient particulièrement longs.

En terminant, soulignons que les usagers se disent insuffisamment consultés sur les modifications à apporter au système de santé et de services sociaux. En outre, ils estiment que le découpage des services par secteur, ou la sectorisation, propre à la santé mentale, se fait au détriment du libre choix du lieu où sont dispensés les services et du médecin, ou de tout autre intervenant. Selon eux, les cliniques spécialisées par diagnostic sont tout aussi inacceptables étant donné qu'elles accélèrent cette tendance à la fragmentation des services.

Les familles et les proches

Dans le cadre de notre bilan, les familles et les proches ont été consultés lors d'une rencontre avec la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale. À leurs yeux,

la défense des droits des usagers et usagères est indispensable. À cet égard, ils considèrent que l'intention du législateur est juste et que les principes et objectifs poursuivis sont légitimes.

Par contre, les représentants de la Fédération semblent avoir plus de difficulté à juger de l'action des groupes régionaux chargés de la défense des droits des usagers. En fait, ils s'interrogent sur la compréhension que ces groupes ont de leur mandat qu'ils semblent vouloir définir presque uniquement en termes de refus de traitement, ce qui leur paraît limitatif. Finalement, les membres de certaines familles présents à la rencontre se disent davantage perçus comme des adversaires, plutôt que comme des partenaires, par certains groupes de défense des droits des usagers.

Les milieux communautaires

Les groupes communautaires nous ont fourni de nombreux témoignages concernant la promotion, le respect et la protection des droits des usagers et usagères. Ainsi, concernant l'aide et l'accompagnement des usagers en vue de défendre leurs droits, il y a deux groupes seulement qui croient que les organismes de défense des droits sont teintés idéologiquement dans leur pratique par l'antipsychiatrie, alors que la très forte majorité estime au contraire que c'est en bonne partie l'entourage de ces groupes qui contribue à déformer leur image.

Quoi qu'il en soit, mentionnons aussi que la majorité des représentants et représentantes des groupes communautaires consultés trouvent malheureux que lors de la défense de leurs droits, le fardeau de la preuve repose sur le dos des personnes vulnérables. De plus, certains de nos interlocuteurs et interlocutrices nous signalent qu'au moment d'une hospitalisation, il arriverait fréquemment que les droits de visite ainsi que les contacts avec la famille soient interdits à la personne souffrant de problèmes de santé mentale. Dans la même veine, plusieurs cas de surmédication leur sont souvent rapportés. Le manque de suivi des usagers, au terme d'une hospitalisation, fait aussi partie des doléances des groupes qui se sont exprimés dans le cadre de notre bilan. De surcroît, les services fournis aux usagers, selon nos interlocuteurs, demeurent foncièrement sous la coupe du modèle médical et psychiatrique, modèle qu'ils jugent sévèrement et qu'ils souhaitent voir relativiser par l'utilisation d'approches alternatives et diversifiées.

Selon le témoignage de plusieurs représentants des groupes communautaires, certains intervenants et intervenantes des milieux professionnels ne verraient pas d'un bon oeil l'exercice des droits des usagers, qui, dans sa formule actuelle, appelle une certaine confrontation entre les acteurs. De plus, nos interlocuteurs se disent limités par des décisions administratives et cliniques qui empêchent les usagers de recourir directement aux services de différents types d'intervenants (psychologue, travailleuse ou travailleur social, etc.), car ils doivent préalablement passer par une évaluation psychiatrique. Ici aussi, les psychiatres font l'objet de sérieuses réserves quant au peu de cas qu'ils feraient des droits des usagers, notamment celui de l'accompagnement en vue de défendre leurs droits.

Quant aux établissements psychiatriques, nos interlocuteurs estiment qu'ils ne favorisent pas le respect des droits des usagers, notamment le besoin d'intimité. Selon eux, l'identité légale que leur confère la Loi sur les services de santé et les services sociaux irait à l'encontre des orientations de la Politique de santé mentale, principalement en ce qui concerne la désinstitutionnalisation et la primauté de la personne. En outre, les comités d'usagers des établissements psychiatriques, aux yeux de certains groupes communautaires consultés, ont des liens structurels trop étroits avec

l'administration de ces établissements, ce qui risquerait de créer des situations potentielles de conflits d'intérêts.

Par ailleurs, selon plusieurs organismes communautaires, le financement des groupes de défense des droits pose certains problèmes comme : une disparité régionale en l'absence de cadre provincial de financement, un manque de financement de la part des régies régionales, une mise en compétition avec d'autres organismes pour le financement, et ce, à cause de budgets non protégés. Finalement, tout comme les usagers, les groupes communautaires estiment que la sectorisation des services constitue une entrave à la liberté de choix du médecin et du lieu de traitement. De plus, la sectorisation par diagnostic, que l'on retrouve dans une des sous-régions de Montréal, causerait une entorse supplémentaire aux mêmes droits.

Les intervenants et intervenantes

La majorité des groupes d'intervenants consultés estiment que la promotion, la protection et le respect des droits des usagers et usagères sont nécessaires, voire indispensables. Selon eux, grâce à la Politique de santé mentale et à la mise en oeuvre des différents mécanismes de défense des droits, de grands progrès ont vu le jour dans ce domaine. Une association nous a cependant fait remarquer que l'utilisateur n'a pas que des droits, mais aussi des devoirs et des responsabilités, ce qui semble avoir été négligé.

D'autre part, certains groupes d'intervenants ont affiché une certaine méfiance à l'égard des groupes de défense des droits, lorsqu'ils font de l'aide et de l'accompagnement. Ainsi, selon eux, ces groupes ne feraient pas preuve d'objectivité dans leurs démarches, encourageant même les usagers à porter plainte trop rapidement, ou encore, verseraient dans l'antipsychiatrie. Certains représentants de ces groupes remettent aussi en question la qualité de la formation des accompagnateurs, accompagnatrices, conseillers et conseillères des groupes de défense des droits des usagers.

À l'opposé de cette prise de position, un autre groupe d'intervenants utilise un ton accusateur pour dénoncer ce qu'il appelle le monopole de la psychiatrie et du modèle médical par rapport aux services dispensés aux usagers. D'où le constat que dresse ce groupe d'intervenants à l'effet qu'il y a inégalité dans l'accessibilité et la qualité des services en santé mentale. Dans la même perspective, un des groupes consultés déplore le fait que l'utilisateur doive obligatoirement passer par une évaluation psychiatrique pour avoir accès à d'autres types de traitements, comme ceux des psychologues et des travailleuses et travailleurs sociaux. Finalement, ici aussi un certain nombre de témoignages nous indiquent que la répartition des services par secteur, ou sectorisation, et les inégalités de ressources entre différents secteurs seraient source de difficultés en ce qui concerne le droit des personnes à l'accessibilité et à la qualité des services.

Les associations d'établissements

Une des deux associations d'établissements qui ont été consultées lors de notre bilan estime que la défense des droits des usagers se porte mieux depuis la création de la Politique de santé mentale. L'autre association, pour sa part, insiste sur l'idée que les personnes n'ont pas seulement des droits, mais aussi des obligations et des responsabilités qu'il faudrait qu'on les aide à assumer. Soulignons qu'une association nous fait aussi remarquer que le droit de la personne et celui de la famille sont souvent difficiles à concilier pour le médecin traitant.

Les comités tripartites

Aux yeux de la majorité des membres des comités tripartites, les mécanismes de défense des droits mis en place dans le cadre de la Politique de santé mentale sont devenus incontournables, même s'il reste encore du progrès à réaliser dans ce domaine. Par ailleurs, certains de nos interlocuteurs et interlocutrices ont accueilli favorablement l'intervention du Ministère à l'égard de la protection des droits des usagers et des usagères, ainsi que l'action multisectorielle permettant un meilleur exercice de ces droits.

L'opinion des membres des comités tripartites concernant l'aide et l'accompagnement des usagers est passablement diversifiée. Ainsi, certains font état des tensions existant entre les groupes de défense des droits des usagers et le milieu hospitalier, notamment les psychiatres. Dans la même perspective, plusieurs dispensateurs de services auraient une attitude plutôt cavalière à l'égard des groupes de défense; il nous a également été signalé que bon nombre d'entre eux comprendraient mal que les groupes de défense ne soient pas redevables à des autorités du milieu.

D'autres sujets d'intérêt ont été abordés lors de nos rencontres avec les comités tripartites : la formation des accompagnateurs et accompagnatrices qui serait insuffisante, le manque de services d'aide et d'accompagnement en langue anglaise, le sous-financement des groupes de défense des droits des usagers. Ici comme ailleurs, certaines personnes s'interrogent sur le rôle des comités d'usagers en établissement psychiatrique. Leurs actions en faveur des droits des bénéficiaires seraient presque inexistantes; on leur préférerait, semble-t-il, des activités de loisir.

Finalement, soulignons que la répartition des services par secteur, c'est-à-dire la sectorisation, le manque de diversité des services, la contradiction entre les droits de l'utilisateur et ceux de sa famille ont aussi été pris en considération comme étant des éléments pouvant compliquer l'exercice des droits des usagers.

Les régies régionales

Les témoignages de nos interlocuteurs et interlocutrices des régies régionales sont eux aussi assez diversifiés quant à la protection des droits des usagers et usagères. Dans l'ensemble, ils se sont montrés soucieux des droits de ces personnes, mais certains soulignent qu'il faudrait aussi parler de leurs responsabilités et faire en sorte d'intégrer le cadre de référence ministériel à la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Nous devons aussi rapporter que certaines régies

régionales éprouvent de sérieux malaises quant au fonctionnement actuel des services d'aide et d'accompagnement, en particulier à cause des tensions qui seraient consécutives à leurs interventions en établissement.

Leurs constatations peuvent se résumer en quelques grandes lignes. Tout d'abord, des tensions et difficultés de fonctionnement prédominent dans les relations entre les groupes de défense des droits des usagers et les milieux hospitalier et communautaire. Puis, l'attitude initiale de confrontation qui a été celle des groupes de défense des droits des usagers tendrait à s'amoinrir, sans toutefois disparaître. Par ailleurs, les groupes de défense des droits seraient présentement sous-financés, ce qui leur créerait de sérieux obstacles dans l'accomplissement de leur mission.

Finalement, nos interlocuteurs des régies régionales se disent au courant de l'existence des comités d'usagers, sans toutefois faire de vérification systématique quant à la nature de leurs rôles et de leurs modalités de fonctionnement. Selon leurs témoignages, un tel comité serait implanté dans chacun des établissements psychiatriques du Québec.

Les instances provinciales

Selon les différents témoignages reçus des instances provinciales relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux, les services des plaintes des régies régionales n'auraient pas tous les pouvoirs nécessaires pour mener à bien leur tâche. Par ailleurs, les comités d'usagers seraient trop étroitement liés à la direction des établissements psychiatriques, ce qui viendrait briser leur autonomie, et, de façon générale, ils s'occuperaient principalement d'activités de loisir. De plus, les inégalités de financement des ressources régionales d'aide et d'accompagnement tireraient leur origine de l'absence de barèmes de financement de la part du Ministère qui persiste malgré les propositions qui lui ont été acheminées en vue de rectifier son processus de financement.

Comme nous l'avons vu précédemment lors du témoignage des usagers et des usagères, les interlocuteurs et interlocutrices du Ministère sont sensibilisés eux aussi à la question des droits des femmes dont la garde des enfants risque de leur échapper, à cause d'antécédents psychiatriques. Et comme ailleurs, certains déplorent que les médicaments soient devenus la réponse thérapeutique privilégiée à l'égard des femmes. En outre, nous rapporte-t-on, chez les communautés culturelles la différence de culture créerait un malaise venant amplifier leur distance avec les services de santé mentale et, du même coup, nuirait à l'exercice de leurs droits.

Finalement, certains interlocuteurs du Ministère mentionnent que l'intervention des groupes de défense des droits des usagers serait surtout appréciée lorsque ces groupes se chargent de protéger des droits sociaux comme ceux du logement, du revenu et du travail; elle le serait moins lorsqu'elle s'adresse au système de santé et de services sociaux.

1.2.4 LES SUGGESTIONS

Dans le cadre du présent bilan, nos interlocuteurs et interlocutrices ont fait de nombreuses suggestions concernant la Politique de santé mentale et ses perspectives d'avenir. Nous reprenons ici

celles qui nous semblent les plus significatives pour le développement ultérieur de la Politique, en étant bien conscients des limites de cet exercice.

En général

Quelques généralités ressortent par rapport aux mécanismes de défense des droits des usagers et usagères. Ainsi, en vue de rendre plus efficace l'exercice de ces droits, il est proposé :

- . d'accroître la reconnaissance du rôle des regroupements provinciaux dans la promotion et la défense des droits;
- . de mettre en place un comité provincial pour faciliter l'exercice des droits des usagers;
- . de transférer le mandat actuellement assumé par le Commissaire aux plaintes au Protecteur du citoyen;
- . d'élaborer un cadre de référence pour l'ensemble des mécanismes de promotion, de respect et de protection des droits en santé mentale.

Par rapport aux mécanismes de défense des droits

L'aide et l'accompagnement constituent les principaux mécanismes prévus à l'intérieur de la Politique de santé mentale au regard de la défense des droits des usagers et usagères. Ici aussi, plusieurs suggestions ont été émises par nos interlocuteurs et interlocutrices; parmi les principales, notons : le respect de la neutralité et la reconnaissance du pouvoir d'intervention des groupes de défense, le soutien de ces groupes par des stratégies d'information auprès de leurs partenaires ainsi que par un financement adéquat. À ce sujet, certains estiment même que le financement des groupes de défense et des comités d'usagers devrait parvenir directement du Ministère, afin d'éviter les variations actuelles entre les régions.

D'un autre côté, selon leur compréhension du mandat des groupes de défense des droits des usagers, certains interlocuteurs aimeraient que ces groupes interviennent différemment par rapport au traitement et à la médication, en limitant davantage leur action à cet égard. Pour leur part, les représentants des familles aimeraient devenir davantage les partenaires de ces groupes, se percevant maintenant dans « le camp adverse ».

Finalement, en ce qui concerne les comités d'usagers en milieu psychiatrique, certains de nos interlocuteurs estiment nécessaire que ces comités soient assurés d'un financement minimal adéquat et indépendant du budget des centres hospitaliers concernés. L'autonomie de ces comités devrait, selon bon nombre de nos interlocuteurs, être au coeur des préoccupations de la nouvelle Politique de santé mentale.

En ce qui concerne les droits des usagers et usagères

Bien entendu, les droits des usagers ont aussi fait l'objet de plusieurs suggestions. Parmi celles-ci, retenons le respect des besoins de la personne tels qu'elle les manifeste, le respect de la confidentialité de son dossier, le respect du choix de son répondant ou de sa répondante lorsqu'elle entreprend de défendre ses droits, et ce, sans faire l'objet de représailles.

Les résultats de notre bilan nous indiquent également plusieurs autres droits des usagers qui devraient eux aussi être respectés en tout temps : le droit à l'information, au sevrage des médicaments, le droit d'être consultés sur tout sujet d'importance pour eux, le droit à des solutions de rechange au traitement médicamenté, au libre choix du médecin, au suivi après l'hospitalisation.

Sur différents autres sujets d'importance

La participation des familles, par rapport à la défense des droits des usagers, est un sujet de préoccupation de bon nombre des nos répondants et répondantes, qui estiment que leur contribution est essentielle à l'exercice des droits des usagers et usagères. Dans la même perspective, certains suggèrent aussi que l'on permette aux médecins psychiatres de recevoir, dans leur formation de base, une formation concernant les droits et recours des usagers.

Le droit à des solutions de rechange au traitement médical a aussi fait l'objet de bien des commentaires, plusieurs de nos interlocuteurs et interlocutrices estimant que la bataille pour la reconnaissance de ces solutions mine leur énergie et constitue une source de tension perpétuelle. Par ailleurs, soulignons que la sectorisation des services est considérée par plusieurs comme étant illégale, puisqu'elle fait obstacle au droit à la liberté de choix de l'utilisateur, qu'il s'agisse de choisir un intervenant ou intervenante, ou un établissement.

Mentionnons également que certains de nos interlocuteurs sont favorables au fait que le nouveau Code civil rende plus difficile la garde en établissement, alors que d'autres le déplorent en constatant qu'il alourdit le fardeau des familles et des intervenants. Dans la même veine, il est aussi recommandé de procéder à la révision de la Loi de la protection du malade mental, afin de distinguer la prestation des soins de la détention des personnes. Finalement, toujours au regard des droits de la personne, la clientèle judiciarisée, qui se retrouve dans certains hôpitaux, en inquiète plusieurs qui craignent que ces derniers se voient accoler une image d'établissement carcéral.

Pour conclure, rappelons que plusieurs des personnes que nous avons rencontrées s'interrogent par rapport à la capacité d'intervention du Commissaire aux plaintes, estimant que la neutralité de celui-ci pourrait être remise en cause étant donné sa « proximité administrative » avec les établissements du réseau de la santé. Certains préféreraient que le mandat de dernier recours qui lui a été confié quant à la protection des droits des usagers soit remis entre les mains du Protecteur du citoyen.

1.2.5 SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS DU COMITÉ

Notre bilan nous amène à conclure que les mécanismes de promotion, de respect et de protection des droits constituent un gain majeur de la Politique de santé mentale et qu'ils sont devenus essentiels et pour ainsi dire incontournables.

En effet, plusieurs de nos interlocuteurs et interlocutrices croient que la personne souffrant de problèmes de santé mentale est en mesure de mieux faire valoir le respect de ses droits grâce à des mécanismes comme l'aide et l'accompagnement. Ils estiment cependant qu'il y a encore du chemin à faire par rapport aux droits des usagers et usagères, qu'il s'agisse de promotion, de respect ou encore de protection. À cet égard, les comités d'usagers en établissement devraient, selon eux, se voir assurer une plus grande autonomie dans leur champ d'action.

Par ailleurs, nous avons pu constater que certaines imprécisions quant aux mandats des acteurs concernés font en sorte que différentes frictions se produisent entre eux. En fait, l'exercice de la fonction a créé des tensions entre les groupes de défense des droits des usagers, les familles, les intervenants et intervenantes, les établissements et les groupes communautaires. Cette situation nous indique que les questions d'éthique, de financement et d'orientation demandent certaines clarifications.

À la suite de notre consultation, remarquant que le respect des droits des usagers demande la plus grande vigilance possible et qu'il y a des risques constants de voir négliger ces droits, notre comité recommande :

- **d'accroître la reconnaissance et de consolider le rôle et les mandats des différents mécanismes de promotion, de respect et de protection des droits des usagers prévus dans la Politique de santé mentale;**
- **de clarifier la question du rattachement administratif des différents mécanismes de promotion, de respect et de protection des droits des usagers et de voir à la possibilité de leur assurer une présence affirmée, tant dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux que dans toute nouvelle version de la Politique de santé mentale ou toute autre loi pouvant avoir un impact sur les droits des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux;**
- **de soutenir les intervenants travaillant à la promotion et à la défense des droits des usagers au moyen de la diffusion, auprès des dispensateurs de services, d'une information appropriée quant à leur intervention.**

Finalement, le Comité juge aussi nécessaire, en vue d'affirmer une plus grande reconnaissance des différents mécanismes de promotion, de respect et de protection des droits des usagers par leurs partenaires, que :

- **les groupes pratiquant la défense des droits, l'aide et l'accompagnement, ainsi que les comités d'usagers, en consultation avec les usagers et leurs différents partenaires, voient à l'élaboration de leurs propres règles d'éthique.**

1.3 LA STRATÉGIE D'INFORMATION

1.3.1 LES ÉLÉMENTS DE LA POLITIQUE

La Politique de santé mentale contient une stratégie d'information structurée en fonction de trois buts principaux que nous reprenons ici, soit :

- . diminuer le caractère stigmatisant associé aux troubles mentaux, d'une part en insistant sur le potentiel des personnes qui en sont victimes, et d'autre part en s'attaquant à certains préjugés;
- . favoriser l'acquisition d'habiletés qui permettront de reconnaître plus facilement les situations problématiques et d'orienter les personnes vers les endroits appropriés;
- . accroître la réceptivité des différentes communautés à l'égard des personnes qui souffrent de troubles mentaux en insistant sur la nécessité pour elles de connaître des conditions d'existence décentes.

1.3.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION

Le Ministère a mis sur pied, sur une base triennale, une campagne annuelle d'information en vue de mener à bien la stratégie d'information contenue dans la Politique de santé mentale. Présentement, sur trois phases annuelles, les deux premières ont été réalisées. Les thématiques de ces campagnes d'information étaient : « Comprendre, c'est fondamental » et « Accepter, c'est fondamental ». La troisième, qui a été suspendue, devait avoir comme orientation l'aide à apporter à la personne ayant des problèmes de santé mentale.

Les résultats de notre bilan nous indiquent qu'il y a eu plusieurs activités d'information menées en dehors de la campagne ministérielle, que ce soit sur la base d'initiatives d'intervenantes et d'intervenants locaux, de CLSC et de régions régionales, ou encore par des organismes du milieu, comme l'Association québécoise des maniacos-dépressifs et l'Association canadienne de santé mentale, ainsi que par des associations professionnelles, comme la Corporation professionnelle des psychologues.

Soulignons cependant que l'action ministérielle a souffert d'un manque de concertation, que ce soit avec les partenaires régionaux et locaux du Ministère, ou encore avec la Fédération professionnelle des journalistes du Québec, et ce, malgré les indications de la Politique à cet égard.

1.3.3 LES APPRÉCIATIONS

Les usagers et usagères

Les usagers et usagères consultés lors de nos deux forums considèrent, comme bien de nos autres interlocuteurs et interlocutrices, que les campagnes d'information véhiculaient un message trop général, manquant d'ancrage dans leur réalité quotidienne.

De plus, certains usagers rencontrés en font une interprétation fort différente de ce que l'on pourrait croire. À titre d'exemple, l'affiche où l'on voit une jeune femme souffrant de problèmes de santé mentale, faisant de la course à obstacles, est perçue négativement : « elle (l'affiche) laisse entendre que la personne n'a pas fini de rencontrer des tas d'obstacles dans son cheminement », ce qui est vu comme étant démobilisateur : « il n' y a pas qu'un obstacle, c'est à répétition, ça fait peur au monde ».

Les familles et les proches

Les familles de la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale que nous avons consultées estiment, en majorité, que la campagne provinciale avait un contenu trop large et qu'elle était de portée trop générale pour vraiment sensibiliser les gens. On y banalisait la maladie mentale et ses effets en laissant entendre qu'une plus grande acceptation de la société entraînerait en quelque sorte la guérison. Dans cette perspective, la campagne menée par la Fédération a permis à plusieurs personnes de s'exprimer en ondes sur leur maladie, ses effets et son traitement.

Les milieux communautaires

Au contraire du témoignage précédent, et de certains autres, nous avons recueilli des avis de personnes, au sein de différents groupes communautaires, qui estiment que les campagnes telles que nous les avons connues, construites autour du concept de maladie mentale, sont trop limitatives par rapport à l'ensemble du champ de la santé mentale qui contient aussi des références aux aspects psychosociaux de la vie des individus. Quelques personnes considèrent même qu'une telle action, orientée principalement sur les maladies mentales, va à l'encontre de la Politique de santé mentale.

Par ailleurs, une association travaillant à la prévention du suicide nous a rappelé, fortement, qu'il y a urgence à mettre en oeuvre une campagne d'information à l'égard du suicide. Finalement, soulignons que plusieurs groupes communautaires auraient aimé être considérés comme des partenaires actifs, lors de la conception des messages retenus pour les fins des campagnes d'information du Ministère et des régions régionales de la santé et des services sociaux.

Les intervenants et intervenantes

L'opinion des groupes d'intervenants et intervenantes que nous avons consultés varie passablement d'un groupe à l'autre. Ainsi, pour certains, les campagnes d'information se sont avérées encourageantes et ont été appréciées, d'autant plus qu'elles permettaient une réelle démystification de la maladie mentale. Par contre, d'autres intervenants font davantage preuve de réserve, étant d'avis que les campagnes étaient trop générales quant à leurs préoccupations et qu'elles manquaient de visibilité. Certains estiment même que de telles interventions seraient peu efficaces, à cause de leur caractère trop ponctuel.

Les associations d'établissements

Les associations que nous avons rencontrées dans le cadre de notre bilan ne se sont pas penchées explicitement sur le sujet. Rappelons que nos interlocuteurs et interlocutrices avaient loisir d'aborder un sujet ou l'autre de notre grille de consultation, selon l'intérêt qu'ils portaient au sujet en

cause.

Les comités tripartites

Les représentants et représentantes des différents comités tripartites qui se sont intéressés à la question des campagnes d'information, lors de nos rencontres, considèrent, tout comme les intervenants et intervenantes, que ces campagnes sont encourageantes puisqu'elles permettent au public d'avoir une meilleure perception de la maladie mentale.

Cependant, ces personnes constatent, elles aussi, que le message véhiculé était peut-être trop général pour être réellement percutant, même si les actions que les campagnes d'information du Ministère ont suscitées en région les rendaient d'autant plus nécessaires. Ici comme ailleurs, on considère qu'il est paradoxal que les campagnes portent sur la maladie mentale plutôt que sur la santé mentale, compte tenu des visées de la Politique de santé mentale à cet égard.

Les régions régionales

Plusieurs responsables des régions régionales rencontrés nous ont mentionné que différentes stratégies d'information régionales et locales ont été mises en place avec le soutien du secteur de la santé publique et de différents organismes de leur milieu. Pour ce faire, les campagnes provinciales et la semaine de la santé mentale servirent de toile de fond.

Par contre, les mêmes réserves quant à la portée, trop générale, et à la nature, trop spécifique à la maladie mentale, furent formulées par ces personnes. De plus, pour permettre un meilleur ancrage des campagnes auprès de leur population, les régions consultées aimeraient, elles aussi, être considérées comme des partenaires du Ministère, et ce, dès la conception des messages.

Les instances provinciales

Nos interlocuteurs et interlocutrices du Ministère qui se sont penchés sur la question des campagnes d'information estiment, comme bien d'autres, que celles-ci ont permis de démystifier la maladie mentale, tout en la distinguant de la déficience mentale.

1.3.4 LES SUGGESTIONS

Faire la promotion des compétences des personnes et rappeler que « la santé mentale, ça se cultive » sont des suggestions intéressantes que nous avons reçues quant aux futures campagnes d'information du Ministère.

Certaines des personnes que nous avons rencontrées estiment en outre que ces campagnes devraient parler davantage de la santé mentale, alors que d'autres font plutôt de la maladie et de la connaissance de ses effets une priorité. Plus spécifiquement, différentes pistes intéressantes sur lesquelles miser dans le futur nous ont été indiquées : la prévention du suicide, la promotion de la santé mentale chez les jeunes, l'autisme, la santé mentale des femmes et celle des anorexiques et des boulimiques. Cependant, soulignons que nos interlocuteurs et interlocutrices jugent nécessaire, pour s'engager dans ces voies, que les campagnes d'information puissent se faire en colla-

boration avec les différentes instances régionales, ainsi qu'avec des représentants des usagers et usagères, des familles, des intervenants et intervenantes et des différents milieux de vie.

Finalement, il y a également certains de nos interlocuteurs qui souhaitent que le Ministère demeure conséquent avec l'énoncé initial de la Politique de santé mentale et qu'il organise ses stratégies d'information en tenant compte de la santé mentale, plutôt que de la maladie, comme ce fut le cas lors de ses deux premières campagnes d'information.

1.3.5 SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS DU COMITÉ

À ce jour, le Ministère a mis en oeuvre deux campagnes nationales d'information au moyen de publicité dans les journaux, à la télévision, à la radio, et d'affiches promotionnelles. Malgré tous leurs mérites, ces campagnes, selon certaines des personnes rencontrées, demeurent trop générales et éloignées des préoccupations plus concrètes des gens du milieu. De plus, il leur est reproché d'avoir trop mis l'accent sur la maladie au détriment de la santé mentale.

À la lumière de ces faits, le Comité constate que les préoccupations à l'égard de la santé sont tout aussi légitimes que celles concernant la maladie. Toutefois, à ses yeux, la santé et la maladie constituent des ordres de préoccupation différents qui méritent d'être traités distinctement, d'où sa recommandation :

- . **d'accorder maintenant la prépondérance à des campagnes de promotion de la santé mentale et non plus seulement à la démystification de la maladie mentale.**

Notre bilan nous amène aussi à conclure que les campagnes d'information effectuées auraient dû tenir compte davantage des préoccupations des milieux d'intervention, des familles, des usagers et usagères et de la population locale. Considérant cela, il nous apparaît opportun de mettre en commun toutes les énergies disponibles dans ce type de démarche, en vue d'en maximiser les retombées, et en conséquence nous recommandons :

- . **de mettre pleinement à contribution les partenaires régionaux et locaux dans la conception et la mise en oeuvre des interventions futures de sensibilisation et d'information du Ministère.**

En ce qui concerne le troisième volet de la campagne d'information ministérielle, notre comité recommande :

- . **la mise en oeuvre d'une stratégie globale d'information accompagnée d'une stratégie d'évaluation appropriée ayant pour finalité la promotion de la santé mentale, et ce, en concertation avec les partenaires du Ministère, tant sur le plan régional que sur le plan local.**

CHAPITRE 2

POUR ACCROÎTRE LA QUALITÉ DES SERVICES

En santé mentale, et le fait est reconnu explicitement à l'intérieur de la Politique de santé mentale, la qualité des services relève d'abord de ceux et celles qui les dispensent. Le recours à la technologie demeure très limité, propulsant au premier plan la qualité professionnelle des intervenants et des intervenantes.

Aussi, afin d'appuyer ces derniers, la Politique propose-t-elle que des efforts supplémentaires soient consentis à la formation, ainsi qu'à la recherche et à l'évaluation. Notre bilan permet de juger de la situation, quelques années après l'énoncé de cette intention.

2.1 LA FORMATION

2.1.1 LES ÉLÉMENTS DE LA POLITIQUE

En reconnaissant que les ressources humaines constituent un élément central en santé mentale, la Politique de santé mentale a comme finalité première de faire en sorte que la formation de ces ressources soit réorientée et encadrée dans un plan d'ensemble.

Quatre buts sont alors visés : l'intégration des connaissances afin de favoriser la pluridisciplinarité des pratiques; le débordement des lieux traditionnels de pratique vers les milieux de vie; la mise à contribution de tous les partenaires; l'ouverture sur de nouvelles problématiques.

En formation continue, la Politique prévoit de plus grands investissements de temps et d'argent ainsi qu'une meilleure organisation régionale de cette formation pour toutes les catégories d'intervenants : membres du personnel des établissements ou des organismes communautaires, personnes telles que les familles et les amis qui sont engagées dans une relation d'aide en milieu familial. De plus, un programme de formation spécifique en santé mentale, devant être organisé régionalement, a été prévu pour les médecins omnipraticiens qui dispensent des soins psychiatriques généraux.

Les thèmes de formation continue retenus comme prioritaires à l'intérieur de la Politique sont les suivants : l'élaboration et l'utilisation du plan de services individualisé; l'exercice du rôle de « personne-pivot »; la question des droits; les formes et modalités d'intervention auprès des familles, des proches et des communautés.

De plus, la Politique énonce que la formation de base doit aussi faire l'objet d'ajustements. Dans cette optique, elle doit privilégier l'approche bio-psycho-sociale de la personne, l'ouverture sur de nouvelles pratiques, la pluridisciplinarité, l'intervention dans le milieu de vie et l'évaluation des modes d'intervention. Pour ce faire, le Ministère se proposait de demander au ministère de l'Enseignement supérieur, ainsi qu'aux responsables des différents milieux d'enseignement, de réviser certains programmes, particulièrement en sciences infirmières et en médecine familiale.

2.1.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION

Concernant la formation continue, les résultats de notre bilan nous indiquent que différentes activités ont été offertes aux intervenants et intervenantes ainsi qu'aux gestionnaires de toutes les régions du Québec. Ces activités, comme le prévoit la Politique de santé mentale, portaient principalement sur l'élaboration et l'utilisation du plan de services individualisé, ainsi que sur la question des droits des personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

Envisagés aussi à l'intérieur de la Politique, des cours de perfectionnement ont été mis sur pied pour les omnipraticiens et omnipraticiennes dispensant des soins psychiatriques généraux, principalement en CLSC et en milieu psychiatrique. Notons au passage que certains autres professionnels de la santé, comme les infirmières et les infirmiers, nous ont dit qu'ils auraient aimé tirer profit d'une telle formation.

Quoi qu'il en soit, les résultats de nos rencontres auprès des responsables des régies régionales nous montrent que la formation continue ne s'est pas limitée aux initiatives ministérielles. Ainsi, des intervenants des régions de Québec, de la Mauricie, de Montréal, de l'Outaouais, de la Côte-Nord et des Laurentides ont eu accès à des cours portant sur la pathologie et l'intervention en situation de crise. À cet égard, rappelons que les bénévoles des centres de prévention du suicide reçoivent une formation leur permettant d'intervenir adéquatement auprès des personnes. Mentionnons aussi que d'autres régions comptent s'engager dans de telles formations.

Par ailleurs, plusieurs colloques s'adressant à des personnes de disciplines et de milieux différents ont été organisés dans le Bas-Saint-Laurent, le Saguenay—Lac-Saint-Jean, l'Outaouais, à Québec et à Montréal. De plus, d'autres initiatives ont été financées par des régies régionales, comme celle de l'Estrie, pour favoriser la concertation et l'interdisciplinarité.

Nous avons aussi pris connaissance, lors d'une rencontre avec des représentants et représentantes de la Confédération des syndicats nationaux (CSN), des résultats d'une enquête réalisée en 1994 pour le compte du comité FAS/CSN sur la désinstitutionnalisation. Le rapport de cette étude révèle que 60 % des répondants et répondantes au questionnaire de l'enquête ont eu accès à des activités de formation en cours d'emploi, activités qui ont des liens soit avec la santé mentale, ou encore avec la déficience intellectuelle et la désinstitutionnalisation. La durée moyenne de ces activités s'établit à environ 4,5 heures annuellement. De plus, selon cette même enquête, trois travailleurs ou travailleuses sur quatre estiment ne pas pouvoir disposer d'une partie suffisante de leur temps pour approfondir leurs connaissances de façon autonome. À la lumière de ces informations, le temps consacré à la formation continue de ces travailleurs en santé mentale semble fort restreint.

Il faut également souligner que la formation a débordé les clientèles visées par la Politique de santé mentale, puisqu'elle fut également organisée et dispensée pour les usagers eux-mêmes, en ce qui concerne la défense de leurs droits.

La formation de base, selon les témoignages de nos interlocuteurs et interlocutrices de certaines directions du Ministère, mériterait qu'on lui consacre davantage d'efforts. En effet, nous rappellent-ils, la démarche proposée dans la Politique de santé mentale, mettant à contribution notre ministère ainsi que le ministère de l'Enseignement supérieur et les institutions d'enseignement professionnel, n'a pas été effectuée. Par contre, ces mêmes interlocuteurs ont constaté qu'il y a

eu des tentatives isolées et individuelles en vue d'améliorer la connaissance de la santé mentale et des maladies mentales, comme cela a d'ailleurs été le cas en sciences infirmières et en travail social à l'Université Laval et à l'Université du Québec à Montréal.

2.1.3 LES APPRÉCIATIONS

Les usagers et usagères

Lors des deux forums organisés avec des usagers et usagères du secteur de la santé mentale, nous avons pu constater que les préoccupations de ces derniers étaient centrées sur la difficulté qu'ils éprouvent fréquemment à être respectés et écoutés, à recevoir de l'information sur leur maladie et sur les médicaments qui leur sont prescrits, de même que sur la cure fermée. Ces usagers estiment que la pratique actuelle des psychiatres rencontre peu ces préoccupations, ce qui les amène à s'interroger sur la formation universitaire de ces mêmes psychiatres qui semblent peu enclins, selon eux, à répondre à leurs besoins.

Plus spécifiquement, les représentants et représentantes de la Fondation d'anorexie nerveuse et de boulimie du Québec constatent qu'il y a très peu d'intervenants et d'intervenantes qui reçoivent une formation leur permettant de faire face aux besoins des personnes souffrant de problèmes de dérèglement alimentaire et d'autres problématiques complexes.

Par ailleurs, au sujet de la formation dispensée aux usagers eux-mêmes, les personnes rencontrées soulignent que la formation sur la défense de leurs droits a été mieux reçue que celle concernant le plan de services individualisé.

Les familles et les proches

Pour leur part, les représentants de la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale nous mentionnent, même s'ils ont été associés à l'élaboration de certains plans régionaux de formation, que cette formation est davantage conçue en fonction des préoccupations des intervenants et intervenantes que de celles des familles.

Les milieux communautaires

Lors de nos rencontres, plusieurs groupes communautaires se sont intéressés à la question de la formation offerte depuis la mise en place de la Politique de santé mentale.

Ainsi, les représentants et représentantes de la division du Québec de l'Association canadienne de la santé mentale considèrent que la formation de base semble être axée principalement sur le diagnostic et le traitement des maladies, alors qu'elle devrait aussi porter sur les besoins des usagers, des usagères et de leurs proches.

De son côté, l'Association de suicidologie du Québec nous rapporte que les intervenants et intervenantes des centres de prévention du suicide offrent de la formation à d'autres intervenants de leur communauté. Par ailleurs, selon eux, les universités aborderaient très peu la problématique du suicide dans le cadre de la formation de base de leurs étudiants.

Les représentants et représentantes des tables régionales des ressources communautaires et alternatives en santé mentale du Québec remettent en question le financement de la formation sur les plans de services individualisés parce qu'elle monopoliserait les ressources disponibles. De plus, ces personnes désapprouvent le fait que les régies régionales et le réseau de la santé deviennent les maîtres d'oeuvre de la formation qui s'adresse au milieu communautaire, parce que cette responsabilité devrait lui revenir. Ce dernier point de vue est aussi celui du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec et des groupes de femmes que nous avons consultés.

Finalement, dans un tout autre registre, nos interlocuteurs de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) considèrent qu'un virage fort intéressant fut effectué par les groupes régionaux de défense des droits en matière de formation des usagers, afin de faciliter la reconnaissance et l'exercice de leurs droits.

Les intervenants et intervenantes

Un constat de fond ressort des témoignages au sujet de la formation : les efforts effectués à cet égard sont nettement insuffisants pour bien des intervenants et intervenantes.

En fait, nos interlocuteurs et interlocutrices de l'Ordre des psychologues du Québec, de l'Ordre des travailleurs sociaux et de l'Ordre des infirmiers et infirmières, nous indiquent que les efforts en formation continue demeurent largement insuffisants, qu'il s'agisse des budgets, de la qualité des programmes de formation ou de l'accessibilité à de tels programmes. Cependant, selon les témoignages que nous avons reçus, quelques exceptions méritent d'être soulignées, certaines institutions et certains syndicats faisant preuve d'innovation à cet égard.

Ainsi, l'enquête réalisée pour le comité FAS/CSN sur la désinstitutionnalisation, à laquelle nous faisons référence plus haut, démontre que les sujets de cette enquête sont largement satisfaits de la formation reçue, qu'il s'agisse de sa qualité ou de sa pertinence. Cependant, ils estiment aussi que leurs employeurs sont trop peu intéressés, que les budgets de formation sont insuffisants, et déplorent que les employés temporaires n'y aient pas accès.

De leur côté, les représentants et représentantes des associations des médecins omnipraticiens oeuvrant en établissement psychiatrique et en CLSC/centres de santé estiment que la formation de base qui est offerte aux médecins s'est nettement améliorée depuis quelques années. Il en serait de même pour la formation continue, qui est devenue davantage accessible. Pour sa part, l'Association des médecins psychiatres du Québec voit à la formation continue de ses membres par l'entremise de son comité de formation médicale. Cependant, les représentants et représentantes de cette association estiment qu'il y aurait encore beaucoup à faire à l'égard de la formation des autres professionnels pour accroître leurs connaissances sur les maladies mentales.

Les associations d'établissements

Les membres de la Fédération des centres locaux de services communautaires (FCLSC) que nous avons rencontrés estiment nécessaire qu'il y ait un accroissement de la formation, ceci afin de mieux faire face aux problèmes des personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Ceux de

l'Association des hôpitaux du Québec n'ont pas abordé le sujet lors de notre rencontre.

Les comités tripartites

Parmi les principaux comités tripartites qui se sont penchés explicitement sur la question de la formation lors de nos rencontres, nous retrouvons principalement ceux des régions du Bas-Saint-Laurent, de la Mauricie—Bois-Francs, de l'Estrie, de l'Outaouais, de Laval, de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie.

Tout en reconnaissant que les intervenants et intervenantes de leurs régions respectives ont accès à divers programmes de formation continue, les membres de ces comités en déplorent certaines lacunes. La principale est que cette formation n'ait pas été organisée dans une optique d'intégration, de partage et de mise en commun des connaissances propres aux intervenants des établissements et des organismes communautaires; en somme, il y aurait une certaine absence de partenariat entre ceux-ci, tant lors de la conception des programmes de formation que durant leur application. À titre d'illustration, nos interlocuteurs et interlocutrices estiment que la formation donnée aux omnipraticiens aurait pu être offerte aux intervenants d'autres disciplines en même temps.

D'un autre côté, ils auraient souhaité que cette formation commune prenne davantage le virage psychosocial et communautaire préconisé par la Politique de santé mentale, en la rendant accessible tant aux intervenants en santé qu'aux autres travailleurs en institution, comme les préposés aux bénéficiaires, ainsi qu'aux familles et aux proches. Quelques thèmes de formation ressortent de leurs propos : les conséquences de la maladie sur les comportements des personnes, les effets de la médication, les droits des usagers et usagères et le retour à la maison de la personne souffrant de problèmes de santé mentale.

Certaines critiques sont aussi ressorties des propos des personnes qui ont participé à des activités de formation. Ainsi, la formation sur le plan de services individualisé leur a semblé trop abstraite; ils auraient aimé qu'elle tienne davantage compte de la relation d'aide. Par ailleurs, ils estiment que malgré la formation reçue sur les droits des usagers, il y a encore des intervenants peu sensibilisés à la question.

Des difficultés nous ont été rapportées : le peu d'accès à une supervision professionnelle adéquate; l'impossibilité pour certains travailleurs et certaines travailleuses d'assister aux cours offerts parce qu'ils ne sont pas libérés de leurs tâches par leurs employeurs; le manque de formation sur des problématiques spécifiques comme l'anorexie et la boulimie; les cas limites de troubles de la personnalité ou encore les personnes ayant de multiples problèmes de santé.

Pour ce qui est de l'organisation de la formation, certains membres de comités tripartites nous ont aussi mentionné la mauvaise articulation entre le réseau de la santé et des services sociaux et le milieu universitaire. Finalement, notons une suggestion intéressante formulée par plusieurs de nos interlocuteurs : en vue d'élargir les programmes de formation, il y aurait lieu de rendre accessible aux intervenants du milieu institutionnel, une formation portant sur l'intégration des personnes dans la communauté, formation qui pourrait être offerte par des intervenants qualifiés du milieu communautaire.

Les régies régionales

Selon les témoignages reçus, la très grande majorité des régies régionales ont donné de la formation sur le plan de services individualisé et les droits et recours en santé mentale.

Cependant, elles sont plus rares à avoir établi une stratégie d'ensemble spécifique à la formation en santé mentale. En fait, les régies régionales se sont surtout limitées à jouer un rôle de multiplicateur des initiatives ministérielles, sauf de rares exceptions. Nous avons relevé de telles exceptions en différents endroits comme à Québec et à Montréal, dans les Laurentides et dans l'Ouataouais, où elles ont réalisé d'autres activités de formation adaptée aux besoins de leurs partenaires.

Les instances provinciales

Nos interlocuteurs et interlocutrices de l'ancienne Direction de la santé mentale estiment que seule une volonté gouvernementale claire permettra d'apporter les changements souhaités à l'intérieur des programmes de formation de base des universités. Quelques tentatives isolées ont cependant été effectuées, par exemple en travail social à l'Université Laval et à l'Université du Québec à Montréal.

Les représentantes du Service à la condition féminine, quant à elles, considèrent que la formation actuelle n'est pas très adaptée à l'évolution des rôles des hommes et des femmes. Dans cette perspective, elles estiment qu'il faudrait davantage tenir compte de l'approche féministe dans les programmes de formation présentement offerts aux intervenants et intervenantes en santé mentale. À titre d'exemple, on vient d'obtenir l'insertion d'une formation de douze heures sur la psychologie féminine, dans le cadre de la formation universitaire des psychiatres d'une durée de quatre ans.

2.1.4 LES SUGGESTIONS

La formation de base

L'ensemble des groupes que nous avons rencontrés ont beaucoup d'attentes à l'égard de la formation de base donnée en milieu collégial et universitaire.

Ainsi, bon nombre de nos interlocuteurs et interlocutrices ont fait des suggestions intéressantes par rapport aux programmes de formation visant l'acquisition de meilleures connaissances sur les problèmes de santé mentale, tant sur le plan biologique que sur le plan psychosocial, sur les traitements alternatifs à la médication, sur la façon de répondre aux besoins des personnes ayant des problèmes de santé mentale ainsi qu'à ceux de leur famille et sur le partenariat usagers-familles-intervenants.

D'un point de vue organisationnel, certains de nos interlocuteurs nous ont aussi suggéré que soient mis en oeuvre des mécanismes de collaboration avec les différentes instances du secteur de l'enseignement supérieur, afin de concrétiser davantage la préoccupation de la santé mentale à l'intérieur de la formation de base des divers intervenants et intervenantes. Dans cette optique, des stages pratiques en milieu institutionnel et en milieu communautaire pourraient être intégrés aux différents programmes d'enseignement, notamment celui de la psychiatrie.

La formation continue

Les personnes rencontrées considèrent qu'il faudrait au moins poursuivre ce qui a déjà été entrepris en matière de formation continue, soit celle sur les plans de services individualisés (en la rendant plus conforme aux besoins de la clientèle en santé mentale, puisqu'elle est trop orientée en fonction de la déficience intellectuelle) ou encore celle sur la défense des droits des usagers et usagères. Il faudrait aussi rendre accessibles ces formations, en les adaptant, aux usagers, aux membres de la famille, aux travailleurs qui côtoient les usagers en institution et aux urgentologues.

Plusieurs répondants et répondantes estiment également qu'il y aurait lieu d'allouer des budgets et de fournir de la formation aux familles et aux proches sur la nature des maladies mentales, le comportement et les besoins des personnes souffrant de problèmes de santé mentale, les effets des médicaments, les approches alternatives et la réinsertion sociale.

Pour ce faire, il faudrait, selon ces personnes, favoriser le partenariat et l'approche multisectorielle en formation. Elles estiment que les intervenants et intervenantes des organismes communautaires ont un enseignement à transmettre aux spécialistes des milieux institutionnels, tout comme l'inverse est vrai. Cet appel à la collaboration nous est parvenu, avec insistance, de la part des responsables des groupes de femmes, des centres de prévention du suicide et des familles. Dans cette perspective, il serait souhaitable de créer des mécanismes d'échange et de partage de connaissances et d'expériences.

Afin d'actualiser leurs propositions, nos interlocuteurs et interlocutrices souhaitent que les employeurs assument davantage leurs responsabilités à l'égard du développement des ressources humaines, par une libération de temps à cet effet et en rendant disponibles la supervision professionnelle et des rencontres d'équipes de travail.

Enfin, il va de soi pour eux que les régies régionales consultent les organismes et les établissements sur les besoins de formation de leurs ressources et que les représentants et représentantes des usagers et des familles soient aussi consultés par rapport à la formation des intervenants. Déjà, un certain nombre de thèmes ont été mentionnés comme devant faire l'objet de formation : la prévention et la promotion, les situations d'urgence, les problèmes vécus par les familles, les doubles problématiques, les cas limites de troubles de la personnalité, le rôle d'une « personne-pivot ».

2.1.5 SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS DU COMITÉ

Nos résultats indiquent que des efforts importants ont été faits en formation, par rapport au plan de services individualisé et à la défense des droits de l'usager et de l'usagère. Dans plusieurs régions, des initiatives ont également été prises pour concevoir et mettre en oeuvre des plans de formation spécifiques pour les intervenants et intervenantes du secteur de la santé mentale.

De plus, notre bilan nous permet de relever des pistes de formation en émergence qui portent sur des sujets fondamentaux tels : le besoin de la personne d'être considérée et écoutée, les implications personnelles rattachées à l'appartenance sexuelle, les rapports sociaux entre les hommes et les femmes, la violence conjugale et familiale et ses conséquences sur la santé mentale, le suicide, les effets et conséquences des maladies mentales chez les personnes, les solutions de rechange à la médication et le partenariat dans l'intervention.

Par ailleurs, certaines des personnes rencontrées ont soulevé des questions essentielles par rapport à la formation offerte. Au nombre de celles-ci, mentionnons la question de l'arrimage des programmes de formation continue avec les milieux universitaires, la nécessité pour les collèges et les universités de dispenser un enseignement qui déborde des lieux traditionnels de pratique vers les milieux de vie des usagers, la possibilité d'un enrichissement mutuel entre les différents partenaires, tant du communautaire que de l'institutionnel, à partir de leurs propres expériences.

Dans un contexte où la majorité des responsables de la formation ont centré la mise en oeuvre de leurs programmes sur les milieux institutionnels, nous recommandons :

- **d'étendre les programmes de formation à tous les milieux de pratique, tout en les diversifiant et en les ouvrant à de nouvelles pratiques;**
- **de favoriser, soutenir et encourager le partage des expertises entre les usagers, les intervenants et les familles.**

Constatant également que la formation sur la défense des droits correspond à un besoin réel de la part de tous les milieux en santé mentale, nous recommandons :

- **de maintenir et d'élargir la formation sur la défense des droits, particulièrement aux familles.**

De plus, étant donné la nécessité de repenser l'utilisation du plan de services individualisé comme moyen pour favoriser la primauté de la personne, nous recommandons :

- **de faire en sorte que les efforts qui ont été consacrés à la formation sur les PSI puissent servir directement à la formation sur la compréhension et l'actualisation de la notion de la primauté de la personne en santé mentale, plutôt que sur un outil d'intervention.**

2.2 LA RECHERCHE

2.2.1 LES ÉLÉMENTS DE LA POLITIQUE

La Politique de santé mentale propose que la recherche soit davantage orientée vers la pratique et l'intégration des aspects biologique, psychologique et social de la santé mentale. De plus, elle retient comme base de financement, pour le secteur de la santé mentale, un ratio minimum de 15 % du budget de recherche en santé. La Politique énonce aussi différents thèmes de recherche prioritaires :

- . les déterminants de la santé mentale et les dimensions psychosociales de la maladie mentale;
- . l'estimation des besoins de la population selon les variables sociodémographiques les plus significatives de façon à mieux cibler les interventions;
- . l'impact du vieillissement de la population et la santé mentale des personnes âgées;
- . les possibilités offertes par la réadaptation et une évaluation plus soutenue des différents processus de réintégration sociale;
- . le rôle et la contribution de la famille, des proches et du mouvement communautaire dans l'intervention et la distribution des services;
- . l'intervention auprès des communautés culturelles;
- . l'acquisition d'une expertise eu égard aux communautés autochtones.

Finalement, la Politique prône aussi un mode de gestion et de fonctionnement qui favorise la concertation et l'intégration des connaissances. Pour ce faire, elle mise sur l'association étroite des organismes subventionnaires, dont le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) et le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS).

2.2.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION

Un programme de recherche en santé mentale géré conjointement par le FRSQ et le CQRS a été mis sur pied. Le programme conjoint de subventions, mis en place à la suite de l'implantation de la Politique de santé mentale, a permis de subventionner à ce jour 25 recherches, avec un budget annuel d'environ un million de dollars. Soulignons toutefois que les thèmes de recherche contenus à l'intérieur de la Politique ne sont pas encore tous couverts et que d'autres thèmes, non prévus dans cette dernière, ont été financés.

Ainsi, en ce qui concerne ce programme conjoint, selon les données disponibles auprès de ses gestionnaires, il y a un montant d'environ un million de dollars consacré annuellement à la recherche en santé mentale, ce qui ne comprend pas les autres sommes pouvant être allouées individuellement par chacun des deux organismes.

Depuis 1991-1992, environ 85 % de ce programme conjoint sert à subventionner, sur une base annuelle, six recherches en moyenne, recherches dont le coût varie de 70 000 \$ à 200 000 \$. Les chercheurs et chercheuses subventionnés appartiennent soit au milieu universitaire (11 recherches), soit au monde hospitalier (14 recherches).

Les principaux thèmes de recherche subventionnés par le programme conjoint FRSQ-CQRS concernent : l'effet des médicaments (quatre recherches); la somatique et la physiopathologie (deux recherches); certains aspects psychosociaux (cinq recherches); l'enfance et l'adolescence (six recherches); l'étiologie de la maladie (une recherche); les troubles paniques (deux recherches); les troubles émotionnels (une recherche); les troubles mentaux sévères (trois recherches); l'étude de certains besoins (une recherche).

Contrairement à ce qui est énoncé dans la Politique de santé mentale, il n'y a pas eu, à ce jour, de fonds octroyés pour étudier : les déterminants de la santé mentale; l'impact du vieillissement; la réadaptation et la réintégration sociale; le rôle de la famille, des proches et du mouvement communautaire; l'intervention auprès des communautés culturelles; les communautés autochtones.

Par ailleurs, soulignons que nos informations ne nous permettent pas de savoir si le ratio de 15 % envisagé dans la Politique de santé mentale pour couvrir les besoins de recherche en santé mentale a été atteint. Il faudrait entreprendre une étude spéciale sur ce sujet pour être en mesure d'apprécier la situation.

De leur côté, la majorité des régions régionales sont activement engagées dans la recherche, sauf deux ou trois, nouvellement mises en place, qui sont présentement à tisser des liens avec les chercheurs travaillant soit en santé publique, soit dans les universités. Leurs activités de recherche consistent principalement à effectuer des études dans le cadre de l'élaboration du PROS : profils de population et d'utilisateurs, traitement de données hospitalières, études de besoins de services, qualité de ceux-ci, sont les sujets les plus récurrents. S'y ajoutent des problématiques particulières concernant les jeunes, le suicide, la violence, la prévention et l'entraide. Comme nous le verrons plus loin, malgré l'impression de diversité qui apparaît à la lecture de cette liste, il faut souligner que les recherches effectuées à ce jour sont peu nombreuses.

Dans quelques cas, deux ou trois, un partenariat s'est installé sur une base ponctuelle avec les chercheurs dans le domaine de la santé publique pour mener à bien ces recherches. De plus, quelques régions seulement ont affecté spécifiquement des ressources en recherche au secteur de la santé mentale. Cependant, ces affectations sont restreintes, les chercheurs devant mener à bien plusieurs autres tâches. Dans quelques autres cas, il y a des régions qui agissent comme partenaires avec le milieu universitaire et hospitalier, sans toutefois être promoteurs ou maîtres d'oeuvre des activités de recherche effectuées.

2.2.3 LES APPRÉCIATIONS

Les usagers et usagères

Il ressort peu de choses des témoignages des usagers et usagères consultés au sujet de la recherche. Manifestement, leur intérêt porte davantage sur des considérations liées, entre autres, à l'intervention elle-même, à la pratique professionnelle et au respect de leurs droits.

Les familles et les proches

Consultés par l'intermédiaire de la Fédération des familles et des proches de la personne atteinte de maladie mentale, les familles et les proches sembleraient peu informés par rapport aux subventions octroyées pour des fins de recherche. Quant à eux, les représentants et représentantes de la Fédération se sont montrés réceptifs à l'égard de la recherche, prêts à collaborer, même si le domaine leur semble un peu « nébuleux ».

Soulignons aussi que la Fédération a déjà mené une recherche-action sur l'hébergement des personnes atteintes de maladie mentale. Les résultats montreraient que les familles s'estiment satisfaites de l'hébergement en milieu communautaire, mais déplorent de façon générale le peu de ressources qui lui est consacré. Rappelons finalement que pour l'instant, les efforts de la Fédération portent davantage sur les services et sur la préparation d'un mémoire relatif à la Loi de la protection du malade mental.

Les milieux communautaires

L'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ), dans le mémoire présenté à notre groupe de travail, établit clairement certaines pistes de recherche. Il s'agit d'une part du logement pour les personnes psychiatisées. Pour l'AGIDD-SMQ, la thématique du « Où vais-je demeurer ? » est une importante question qui, non seulement vise l'intégration de ces personnes, mais permet aussi qu'elles soient des acteurs de leur devenir.

L'autre priorité de recherche établie par l'AGIDD-SMQ concerne l'influence des neuroleptiques sur la qualité de vie des patients et patientes schizophrènes, ce qui, selon eux, constitue un thème de recherche crucial, mais pourtant carrément négligé. Dans sa présentation, l'AGIDD-SMQ a aussi recommandé qu'une portion du budget du FRSQ et du CQRS soit réservée à la recherche de solutions de rechange non médicamenteuses aux traitements des troubles mentaux. Par ailleurs, soulignons que le mémoire étoffé présenté par l'organisme contient en filigrane plusieurs pistes de recherche, non identifiées comme telles, que ce soit sur différents moyens de mise en oeuvre de la Politique de santé mentale, ou encore sur l'organisation des services et la pratique professionnelle.

Le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), dans la grille d'analyse de la Politique de santé mentale qu'il nous a remise, réclame un développement accru de la recherche psychosociale et communautaire en santé mentale. Il dénonce aussi le quasi-monopole de l'approche biologique, comparativement à la rareté des recherches à caractère psychosocial.

Même son de cloche du côté de l'Association québécoise de suicidologie. Ses porte-parole considèrent que les recherches actuelles sont surtout, et même trop, orientées du côté médical et épidémiologique. De plus, ils nous disent que lorsque les organismes communautaires veulent présenter un programme de recherche, ils entrent en compétition avec des noms prestigieux, ce qui équivaut pour eux à une inaccessibilité de fait. Il serait donc important, selon ces derniers, de trouver le moyen de faciliter la recherche en milieu communautaire, plutôt que de favoriser uniquement les centres de recherche reconnus. L'Association nous a aussi suggéré différentes pistes de recherche : la prévention du suicide, les comportements suicidaires chez les enfants, le sensationnalisme médiatique par rapport au suicide. Par ailleurs, elle propose une meilleure diffusion des recherches qui se font actuellement et se dit prête à assumer un certain leadership en ce qui concerne cette diffusion, en contrepartie des ressources nécessaires à un tel engagement.

Le témoignage des membres de l'Association canadienne de santé mentale (ACSM) va dans le même sens que les précédents et vient les renforcer : la recherche porte surtout sur les aspects biologiques de la santé mentale, alors qu'elle devrait aussi tenir compte de ses aspects psychosociaux.

Pour leur part, les différents groupes de femmes consultés déplorent l'absence d'intérêt des chercheurs pour les problématiques des femmes. Ils recommandent de sensibiliser les organismes subventionnaires aux besoins de recherche sur la situation des femmes au regard de leur santé mentale, ainsi que sur celle des familles itinérantes. De plus, ces groupes réclament la création de lieux de débat, d'échange et de soutien mutuel pour partager les connaissances et les multiples expériences d'intervention autant avec le monde communautaire qu'avec les intervenants et intervenantes du réseau, et créer ainsi des lieux d'interaction.

Les intervenants et intervenantes

Les porte-parole de l'Association des médecins psychiatres du Québec estiment que la recherche épidémiologique concernant les maladies mentales est en progression au Québec. Par contre, selon eux, les besoins en recherche évaluative en relation avec les interventions cliniques, les programmes et les ressources communautaires se font pressants. De plus, ils font remarquer que malgré l'existence d'un programme conjoint de recherche en santé mentale, des clivages importants persistent entre la recherche médicale et la recherche sociale.

Pour les membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, la recherche est surtout orientée en fonction de préoccupations d'ordre médical. Ils souhaitent davantage d'activités de recherche dans le domaine psychosocial. À l'instar de l'association de ses collègues américains, l'Ordre aimerait proposer sa propre classification des problèmes psychosociaux.

Les représentants et représentantes de la Confédération des syndicats nationaux (CSN) nous ont déposé une copie du rapport du Centre de recherche et d'évaluation sociale et appliquée concernant certains des impacts de la Politique de santé mentale et des Orientations ministérielles concernant la déficience intellectuelle. Ce rapport de la centrale s'inscrit dans le cadre des travaux du comité FAS/CSN sur la désinstitutionnalisation. Il trace un portrait des transformations des conditions de travail et des conditions de pratique des travailleurs et des travailleuses engagés di-

rectement ou indirectement dans le processus de mise en oeuvre des deux politiques; il décrit aussi la perception des impacts qu'elles produisent sur les bénéficiaires et leur entourage. Ce rapport dégage plusieurs constats intéressants, sans toutefois émettre de recommandations précises à l'intention des autorités gouvernementales.

En ce qui les concerne, les porte-parole de l'Association des médecins omnipraticiens en établissement psychiatrique et de l'Association des médecins oeuvrant en CLSC et en centres de santé considèrent que les études menées par les deux centres de recherche rattachés aux centres hospitaliers Robert-Giffard et Louis-Hippolyte-Lafontaine répondent peu aux orientations de la Politique de santé mentale. De plus, selon eux, les chercheurs et chercheuses ne sont pas assez au fait des préoccupations de la vie quotidienne des institutions de soins, et leurs travaux concernent surtout la pharmacologie et divers aspects « théoriques » des problèmes de santé. On estime donc que le type de recherche effectué par ces centres est peu adapté aux besoins immédiats des milieux traitant des personnes en difficulté et s'occupe peu de prévention.

De leur côté, les membres de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec participent de plus en plus à des activités de recherche depuis deux ans. Notamment, un partenariat commence à prendre forme avec certaines équipes de recherche du secteur de la santé publique. Cependant, les responsables de l'Ordre considèrent qu'il y a encore place à de futurs rapprochements entre les chercheurs et les gens de terrain.

Finalement, nos interlocuteurs et interlocutrices de l'Ordre professionnel des psychologues soulignent le peu d'information qui leur est parvenue sur les activités de recherche, ce qui leur fait dire que cet aspect de la Politique de santé mentale semble avoir été négligé. Dans la même veine, ils estiment aussi être peu informés quant aux résultats des recherches subventionnées à même le fonds conjoint FRSQ-CQRS. D'un autre côté, il semblerait, selon les personnes rencontrées à l'Ordre, que le Programme de subventions en santé publique du MSSS soit mieux connu, bien qu'il ne soit pas toujours facile de décrocher une subvention.

Les associations d'établissements

Les membres de la commission sur la santé mentale de l'Association des hôpitaux du Québec nous ont fait part de nombreux commentaires concernant la recherche. Ils croient que le programme conjoint de recherche FRSQ-CQRS a su augmenter l'utilité de la recherche. Cependant, ils sont aussi d'avis qu'il faudrait améliorer la formation des chercheurs et des chercheuses, surtout dans le domaine psychosocial. Selon eux, la recherche devrait être davantage pluridisciplinaire et mieux subventionnée; de plus, ils déplorent que des chercheurs qualifiés perdent leur énergie dans la course aux commandites et aux subventions. La survie de la recherche, selon la commission de l'AHQ, passe par le maintien de centres de recherche dynamiques.

Par ailleurs, les membres de la commission déplorent aussi que la recherche clinique, subventionnée par les compagnies pharmaceutiques, débouche souvent sur la mise en marché de nouveaux médicaments coûteux, alors que certains centres hospitaliers doivent financer eux-mêmes la recherche psychosociale. Cependant, ils croient que la recherche consacrée à la mise au point de nouveaux médicaments, malgré une remise en question évidente, fait partie des « choses de la vie ». Il y a là, estime-t-on, un « coût système » qu'il faut accepter : si on refuse le médicament, on refuse la maladie. À cet égard, ils estiment que le médicament suspend l'évolution de la maladie

et permet de réduire l'hospitalisation.

Finalement, les membres de la commission de l'AHQ se questionnent aussi sur la recherche par rapport à la désinstitutionnalisation; ils disent ne pas avoir eu connaissance de publications portant sur ce sujet au Québec. Soulignons que la Fédération des CLSC, pour sa part, ne s'est pas penchée explicitement sur la question de la recherche dans le document qu'elle nous a déposé lors de notre rencontre.

Les comités tripartites

La recherche a fait l'objet de discussions dans seulement quatre rencontres de comités tripartites, sur une possibilité de seize. Les membres de ces comités sont toutefois unanimes à considérer la recherche-action comme étant l'approche à privilégier par rapport à leurs besoins.

En corollaire, les personnes rencontrées déplorent que la recherche, actuellement, s'éloigne des préoccupations concernant la primauté de la personne. À cet égard, elles estiment que ce qui manque ce sont les données « terrain », tout en déplorant que la recherche épidémiologique soit peu utile par rapport à l'intervention. Elles expliquent cette situation par le manque d'intérêt des chercheurs, pour qui la recherche-action ne serait pas de la « vraie » recherche. Cependant, d'un commun accord, nos interlocuteurs et interlocutrices veulent éviter « l'enfermement dans des débats de méthodologues ». En résumé, les comités concernés ressentent donc le besoin d'avoir accès à une recherche qualitative, où les organismes communautaires sont considérés comme des partenaires.

Les régies régionales

Les porte-parole des régies régionales, hormis le témoignage qu'ils nous ont livré précédemment sur l'état d'implantation de la recherche (section 2.2.2), déplorent, pour certains, le fait qu'il y ait un manque de coordination et un manque de diffusion de l'information entre les intervenants et intervenantes, les régies, le Ministère et les chercheurs et chercheuses par rapport aux activités de recherche, ainsi qu'en ce qui concerne leurs retombées. Dans la même perspective, ils déplorent aussi ne pas entendre beaucoup parler des retombées des recherches subventionnées par le fonds conjoint mis en place récemment et géré par le FRSQ et le CQRS. Pour sa part, le programme de subventions pour projet d'études et d'évaluation en santé publique est bien connu des régies depuis plusieurs années; ces dernières en assument d'ailleurs la gestion régionalement.

Les instances provinciales

Les gestionnaires du programme conjoint de subvention FRSQ-CQRS nous ont fourni eux aussi des données factuelles qui se retrouvent dans la section consacrée à l'état d'implantation de ce volet de la Politique (2.2.2). Par ailleurs, en ce qui concerne les différentes autres instances ministérielles, soulignons que les représentants et représentantes de l'ancienne Direction de la santé mentale rapportent ne pas avoir été consultés par les responsables du programme conjoint FRSQ-CQRS. Selon eux, le programme serait assez hermétique, l'acceptation des projets serait davantage faite en fonction de la réputation des chercheurs et des chercheuses et de la méthodologie utilisée, plutôt que de la nature de la thématique du projet. À cet égard, ils nous soulignent avoir pris sur eux le financement de différentes recherches-actions refusées dans le cadre du

programme conjoint.

Cependant, ces personnes sont aussi d'avis que la restructuration actuelle semble favoriser une certaine ouverture à l'égard des préoccupations de santé mentale. Ainsi, l'équipe de recherche du Centre Fernand-Seguin, dont les projets étaient en partie subventionnés par la Direction, fut interpellée par cette dernière afin de prendre en considération les déterminants de la santé mentale.

Nos interlocuteurs et interlocutrices de la Direction générale de la santé publique, pour leur part, considèrent qu'il est de première importance que soit assuré le développement de la connaissance et de la surveillance de l'état de santé dans le dossier de la santé mentale, puisque l'action de santé publique se situe en amont des problèmes et vise les déterminants de la santé et du bien-être.

Finalement, de leur côté, nos interlocutrices du Service à la condition féminine soulignent l'apport du Centre Fernand-Seguin qui effectuera une revue de littérature concernant les besoins et les services offerts aux femmes; de plus, certains résultats de l'Enquête Santé Québec seront analysés au regard des différences hommes-femmes. Elles notent aussi qu'il n'existe pas de recherche prenant en considération la femme ayant à la fois un handicap et des problèmes de santé mentale.

2.2.4 LES SUGGESTIONS

De manière quasi unanime, les personnes rencontrées réclament qu'il y ait davantage de recherches qui soient effectuées dans le secteur psychosocial et communautaire. On y veut une recherche plutôt qualitative et de type recherche-action, qu'épidémiologique et d'orientation biologique. Plusieurs souhaitent aussi que s'installe un partenariat effectif entre les chercheurs et chercheuses, les milieux tant institutionnels que communautaires, et les usagers et usagères.

Différentes pistes de recherche intéressantes nous ont été rapportées : l'hébergement et la qualité de vie des usagers; les solutions de rechange aux traitements comportant une médication; les problèmes liés au suicide; la problématique des femmes; l'intervention clinique et communautaire; les besoins des personnes en difficulté; la promotion et les déterminants de la santé mentale.

Des critiques ont aussi été formulées par nos interlocuteurs et interlocutrices. Soulignons le manque de visibilité des retombées de la recherche, son manque d'utilité pratique, l'éloignement de la recherche et des chercheurs des préoccupations concernant la primauté de la personne et de son quotidien. S'y ajoute une difficulté d'accès aux sources de financement pour les milieux communautaires ainsi que pour les intervenants et intervenantes, afin de mener leurs propres recherches. Par ailleurs, le manque de coordination et de partenariat entre les différents acteurs du système a lui aussi été déploré, les gens, de part et d'autre, se sentant peu consultés. Bien entendu, nos interlocuteurs aimeraient voir disparaître ces irritants. Finalement, n'ayant pour ainsi dire pas voix au chapitre par rapport à la décision de financement de la recherche, plusieurs membres de la communauté réclament une plus grande participation dans l'orientation des choix de recherche.

2.2.5 SYNTHÈSE ET RECOMMANDATION DU COMITÉ

Comme le prévoit la Politique de santé mentale, un programme conjoint de recherche en santé

mentale a été mis en place et est administré par le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS). Depuis 1991, 25 recherches ont été subventionnées par ce programme, avec un budget annuel d'environ un million de dollars. De plus, les régies régionales de la santé et des services sociaux subventionnent des projets de recherche en santé mentale, au moyen du Programme de subventions pour projets d'étude et d'évaluation en santé publique.

Les personnes rencontrées dans le cadre du présent bilan disent être peu informées des recherches subventionnées à même le fonds conjoint FRSQ-CQRS, de la diffusion de leurs résultats et de leur mise à profit. Plusieurs estiment même que ces recherches rejoignent peu leurs préoccupations et aimeraient être davantage considérées comme des partenaires que comme des sujets de recherche.

Nous sommes également à même de constater que certains thèmes de recherche prévus à l'intérieur de la Politique de santé mentale n'ont pas été couverts par le programme conjoint de recherche FRSQ-CQRS alors que d'autres, qui n'y étaient pas prévus, ont été subventionnés.

Finalement, mentionnons que l'intégration sociale, qui est au cœur des préoccupations de la majorité des personnes rencontrées, n'a que fort peu été étudiée en santé mentale jusqu'à présent, soit par rapport aux besoins de la personne, comme l'hébergement, l'écoute, l'accueil en situation de crise, ou encore par rapport aux réponses qui sont faites à ces besoins, qu'il s'agisse des modes d'intervention, de l'organisation des services ou du développement des pratiques professionnelles.

Considérant cet état de situation, nous recommandons :

- **la création d'un comité consultatif pour assurer la participation effective des usagers et usagères, des milieux communautaires, des familles ainsi que des intervenants et intervenantes dans le choix des recherches que le Ministère subventionne en santé mentale au moyen du fonds conjoint FRSQ-CQRS.**

2.3 L'ÉVALUATION

2.3.1 LES ÉLÉMENTS DE LA POLITIQUE

Selon la Politique de santé mentale, il y a nécessité d'établir des pratiques d'évaluation systématique et rigoureuse à tous les échelons du système sociosanitaire, l'évaluation devant faire partie du processus normal de gestion des services, au même titre que leur conception et leur planification. Le Ministère, dans cette Politique, encourage d'ailleurs les établissements et les organismes à s'engager activement à évaluer leurs interventions. De plus, les responsabilités ministérielles, régionales et locales y sont distinguées dans une forme similaire à celle de la Politique de la santé et du bien-être.

Par ailleurs, il est clair que l'évaluation dont il est question dans la Politique de santé mentale concerne les projets ou les programmes mis en place dans le système sociosanitaire, et non pas les actes posés par des professionnels, ou encore les structures d'une organisation. Finalement,

dans sa conclusion, la Politique suggère aussi qu'elle fasse elle-même l'objet d'une évaluation en profondeur cinq ans après sa mise en application.

2.3.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION

Au Ministère, la Direction de la recherche et de l'évaluation a produit, en juillet 1990, un document intitulé *Proposition d'un cadre d'évaluation en santé mentale*¹², sans toutefois pouvoir en mettre immédiatement en application les orientations. De plus, elle a participé aux travaux qui ont conduit à l'élaboration d'un *Guide d'évaluation relatif aux organismes communautaires et bénévoles*¹³, en mai 1994. Hormis ces travaux, peu d'évaluations ont été réalisées. Soulignons toutefois que la Direction coordonne le présent bilan d'implantation de la Politique de santé mentale.

Il faut aussi mentionner que c'est cette direction qui subventionne, depuis juin 1989, une étude longitudinale concernant la réorganisation des services au Centre hospitalier Louis-Hippolyte-Lafontaine de Montréal. Le projet comporte deux volets : l'étude de l'impact des transformations sur les clientèles et la mesure de l'efficacité des ressources.

L'étude supervisée par la Direction comporte trois phases : la préparation du devis et la conception des instruments d'évaluation, de juin 1989 à mars 1990; la collecte des données, de 1990 à 1994; l'analyse et la rédaction, qui ont été terminées à l'été 1996. Une série de dix monographies seront éventuellement publiées et un comité de suivi composé de représentants et représentantes du centre hospitalier, de la région régionale et du Ministère proposera des avenues de mise à profit concernant : les éléments propices à la désinstitutionnalisation, les facteurs de prédiction de la réussite ou de l'échec de l'intégration et l'efficacité des ressources.

Les régions régionales ont pour leur part amorcé différents travaux évaluatifs. Près du tiers de celles-ci ont procédé à l'évaluation de l'implantation de leur plan d'organisation de services. Une région en est même à son cinquième bilan annuel, tout en procédant à l'évaluation des résultats de sa planification. Environ la moitié des régions ont produit différentes études évaluatives se rapportant à la santé mentale. Leurs travaux, quoique peu nombreux, traitent de thématiques variées et s'inspirent, pour plusieurs, de méthodes d'évaluation adaptées au contexte de leurs différentes investigations. Il faut souligner, par ailleurs, qu'un bon nombre de régions en sont encore à se définir une position par rapport à l'évaluation, en se dotant de politiques ou encore de cadres de référence. Dans l'ensemble, leur personnel est favorable aux évaluations concernant les préoccupations des gens de terrain. Cependant, certaines régions en sont à leurs premières armes en évaluation et, de ce fait, quelques-unes manquent d'expérience et pèchent par excès d'ambition, voulant tout entreprendre à la fois. Par ailleurs, il nous faut rapporter une exception notable, celle de la région régionale de l'Outaouais, qui vient de terminer l'évaluation des résultats

12. J.M. Bernard et D. Bouchard, *Proposition d'un cadre d'évaluation en santé mentale*, Québec, MSSS, 1990, 18 p. plus annexe.

13. Comité sur l'évaluation, *Guide d'évaluation relatif aux organismes communautaires et bénévoles*, document de travail, Québec, mai 1994, 65 p. plus annexes.

de la mise en place des services de santé mentale de sa région¹⁴.

En ce qui concerne les thèmes d'évaluation, près de la moitié des régions ont réalisé des études évaluatives portant entre autres sur le plan de services individualisé, la mesure de répit-dépannage, la satisfaction de la clientèle, l'implantation de centres de jour, certains projets mis en place par les groupes communautaires et les CLSC. Ces évaluations, malgré une certaine diversité, sont toutefois peu nombreuses, on en dénombre moins d'une quinzaine. Dans quelques cas, il y a eu collaboration avec des universitaires et des chercheurs et chercheuses du secteur de la santé publique pour les réaliser.

Le milieu communautaire, quant à lui, a clairement exprimé ses positions dans le *Guide d'évaluation relatif aux organismes communautaires et bénévoles* de mai 1994. Il y est notamment souligné que les organismes communautaires désirent être des partenaires actifs par rapport à l'évaluation. Cependant, ceux-ci nous ont signalé qu'ils étaient encore en attente d'une décision du Ministère quant à l'acceptation de ce guide.

2.3.3 LES APPRÉCIATIONS

Les usagers et usagères

Un bon nombre d'usagers et d'usagères rencontrés dans le cadre des forums estiment que l'évaluation ne devrait pas être uniquement la prérogative des professionnels ou des intervenants et intervenantes. En fait, ils demandent d'être présents à l'intérieur même de la planification des processus évaluatifs. À leurs yeux, leur absence dans la prise de décision est le reflet d'un problème de culture et de mentalité.

Les familles et les proches

Les personnes rencontrées à la Fédération des familles et des amis de la personne atteinte de maladie mentale sont réceptives à l'égard de l'évaluation, pour autant qu'elle concerne aussi bien le secteur institutionnel que le secteur communautaire. Cependant, la démarche devra être négociée, transparente sur le plan des objectifs et des moyens, et devra tenir compte des ressources dont disposent les établissements comparativement aux organismes communautaires. Les porte-parole de la Fédération estiment en outre que les établissements devraient être évalués les premiers. Finalement, soulignons qu'un organisme membre de la Fédération a mené récemment un sondage sur les services auxquels recourt sa clientèle.

14. C. Renaud, et al., *Évaluation de la mise en place des services de santé mentale dans l'Outaouais*, Hull, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 1996, 280 p. plus annexes.

Les milieux communautaires

Comme nous l'avons souligné précédemment, le milieu communautaire a clairement défini sa position en mai 1994 dans le *Guide d'évaluation relatif aux organismes communautaires et bénévoles*. Le document énonce les principales conditions à respecter en vue de mener une évaluation respectueuse des organismes communautaires et bénévoles. Essentiellement, l'orientation retenue implique que l'évaluation se fasse au moyen d'un processus de négociation entre les acteurs en présence et, en cela, cette orientation rejoint les courants les plus novateurs dans ce domaine.

Le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), dans les documents qu'il a produits en vue de notre consultation, reprend les conclusions que l'on retrouve dans le guide d'évaluation de mai 1994 et suggère de mettre en place des mécanismes d'évaluation pour tous les dispensateurs de services, en distinguant l'évaluation applicable dans le secteur communautaire de celle utilisée pour les établissements. Soulignons que le Regroupement fait aussi preuve de vigilance à l'égard de certaines mesures évaluatives qu'il estime être « imposées » et surveille de près les initiatives d'évaluation mises en place en région. Il a aussi recommandé l'arrêt immédiat de l'expérimentation du Système d'information en santé mentale; à cet égard, le Regroupement suspecte, entre autres, la transmission de données nominatives sans le consentement de l'utilisateur, comme cela s'est déjà produit à l'aide sociale.

Pour sa part, l'Association québécoise de suicidologie est elle aussi soucieuse d'évaluation, dans le respect des particularités de chacun. Ses porte-parole estiment à cet égard qu'une approche d'accréditation ou d'agrément entrerait en contradiction avec une évaluation respectueuse des organismes communautaires et bénévoles, telle qu'elle a été définie dans le guide de mai 1994. De plus, l'Association demande que les objectifs d'évaluation soient réalistes; il ne faudrait pas avoir les mêmes exigences envers les petits organismes qu'envers les grandes institutions. Dans la même veine, ses membres éprouvent de sérieuses réserves quant au réalisme de l'objectif de réduction de 15 % du nombre de suicides d'ici 2002 contenu dans la Politique de la santé et du bien-être, objectif dont le fondement serait circonscrit de manière plutôt hasardeuse. Ils se questionnent également sur la possibilité d'évaluer l'impact d'un tel objectif, dans un contexte où de multiples considérations entrent en jeu. Ils jugent qu'il serait plus réaliste d'examiner et d'évaluer les façons de faire en vue d'apporter des correctifs aux programmes et aux services. D'un autre côté, l'Association accorde beaucoup d'importance à la qualité et à l'efficacité des interventions.

Les membres de l'Association canadienne de santé mentale (ACSM) sont assez critiques à l'égard de l'évaluation. En effet, ils suspectent que l'évaluation soit actuellement récupérée par les régies régionales et qu'elle soit menée surtout en fonction de critères administratifs; selon eux, elle serait peu adaptée aux activités des organismes communautaires et encore moins aux activités de promotion et de prévention. Ils estiment également qu'il faut faire en sorte que les programmes indiquent à l'avance les résultats à atteindre et à évaluer. Dans cette perspective, l'Association souhaite faire des alliances avec les directions régionales de santé publique et travailler en partenariat avec elles, dans le but de s'assurer de la présence des conditions de réussite des actions de promotion et de prévention en santé mentale, ainsi que de la mise au point d'outils d'évaluation qui soient appropriés à ces interventions. Par ailleurs, selon l'Association, les organismes communautaires devraient participer à l'élaboration des critères d'évaluation, ce qui correspond aux exigences émises dans le guide de mai 1994.

Finalement, soulignons que les groupes de femmes consultés ont suggéré trois pistes d'évaluation que nous rapportons telles qu'elles ont été énoncées : évaluer la réponse apportée aux besoins des femmes, évaluer les critères de définition de la santé mentale et la perception des problématiques féminines à l'intérieur de ces critères et, enfin, se donner des cadres éthiques par rapport à ces évaluations.

Les intervenants et intervenantes

La majorité des intervenants et intervenantes ont davantage discuté de la recherche que de l'évaluation comme telle. Ainsi, les préoccupations des responsables de l'Association des médecins psychiatres, de la Confédération des syndicats nationaux (CSN) et de l'Ordre des psychologues du Québec sont davantage tournées vers la recherche que vers l'évaluation. De leur côté, les membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux ont discuté de l'évaluation, mais en fonction de la qualité de la pratique professionnelle.

Dans un autre registre, les représentants et représentantes des associations des médecins omnipraticiens en milieu psychiatrique et en CLSC/centres de santé estiment, pour leur part, que les responsables des différents milieux de pratique évaluent rarement leurs programmes d'intervention. Même son de cloche à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, dont les porte-parole considèrent qu'il y a peu de résultats concernant les effets des services mis en place.

Les associations d'établissements

Les membres de la commission sur la santé mentale de l'Association des hôpitaux du Québec se sont davantage préoccupés, eux aussi, de la question de la recherche que de celle de l'évaluation. Soulignons toutefois qu'ils estiment que des évaluations portant sur les programmes, les processus et l'organisation du système de santé sont les bienvenues. Il faut aussi noter que pour certains établissements, l'évaluation serait synonyme de visites d'agrément et de visites *in situ* effectuées par les corporations professionnelles. Pour leur part, les membres de la Fédération des CLSC ne se sont pas penchés explicitement sur la question de l'évaluation dans le document qu'ils nous ont remis lors de notre rencontre.

Les comités tripartites

Tout comme la recherche, l'évaluation n'a été abordée explicitement que par quelques comités tripartites, quatre ou cinq. Les comités qui en ont discuté sont convaincus qu'il est impératif d'adjoindre une clause d'évaluation à toute intervention, ce qui, estiment-ils, est un besoin aussi bien pour le réseau institutionnel que pour le réseau communautaire. Cependant, ils déplorent le peu d'évaluations effectuées à ce jour, affirmant qu'il s'agit davantage d'intentions que d'actions concrètes d'évaluation. En conséquence, ils s'interrogent sur les capacités réelles à procéder à l'évaluation, sur l'existence des moyens pour ce faire, ainsi que sur les résistances affichées par certains acteurs en place.

Par ailleurs, certaines orientations de fond quant à l'évaluation ressortent de nos rencontres avec les comités tripartites. Selon eux, des évaluations devraient être conduites de concert avec les

équipes qui sont en contact avec les usagers et les usagères, de manière à permettre à ces derniers de mesurer leur degré de satisfaction à l'égard des services. À cette fin, selon les personnes consultées, il faudrait mettre en place un processus simple, mais systématique et acceptable, tant pour les intervenants et intervenantes que pour les usagers et usagères. De plus, ils estiment que l'évaluation devrait porter non seulement sur les projets de développement, mais également sur l'ensemble des services.

Les régies régionales

Outre les renseignements sur leurs réalisations en évaluation que l'on retrouve dans la section 2.3.2 du présent rapport, les régies nous ont aussi fourni différentes informations sur leur pratique évaluative.

En premier lieu, leur pratique évaluative prend principalement la forme d'évaluations d'implantation. À cet égard, les évaluateurs et les évaluatrices des régies régionales utilisent des méthodes variées s'inspirant d'approches pluralistes mises au point par des auteurs bien connus dans le domaine, tels Éric Monnier et Michael Q. Patton. Ils distinguent ces évaluations d'implantation du suivi de gestion puisqu'elles proposent une explication de l'écart entre l'intervention planifiée et celle implantée, en vue d'effectuer les modifications nécessaires à ladite intervention, alors que le suivi de gestion a pour finalité de faire le point sur l'utilisation des ressources.

Cependant, il faut mentionner qu'un bon nombre de régies régionales, près du quart, en sont présentement à organiser leurs services évaluatifs en se dotant soit d'une politique ou encore d'un cadre de référence. De plus, un nombre aussi grand de régies n'ont pas encore réellement entrepris de processus d'évaluation. Notons que certaines d'entre elles estiment être en phase d'apprentissage et souhaitent recevoir de l'appui des autres régies régionales ou du Ministère.

Deux ordres de préoccupations semblent se dessiner chez les régies quant à l'évaluation. D'une part, il y a celles qui ont encore peu de pratique, mais bien des ambitions, et qui envisagent de tout faire ou presque : organisation des services, actualisation du PROS, analyse des besoins, études d'impact, d'efficacité et d'efficience, évaluation de la satisfaction et de la qualité des services. D'autre part, il y a celles qui se centrent davantage sur des objets d'évaluation immédiatement reliés à la santé mentale : la complémentarité et la continuité des services, leur configuration, l'équité intrarégionale, l'utilisation optimale des ressources disponibles.

Par ailleurs, les évaluateurs eux-mêmes sont bien conscients des résistances affichées par certains acteurs et espèrent qu'avec la pratique elles s'estomperont graduellement. À cet égard, notons l'initiative intéressante d'une régie qui, sur résolution de son conseil d'administration, consacra 5 % de son budget de développement à l'évaluation. Finalement, il faut aussi constater qu'une des forces des évaluateurs des régies réside dans leur attitude favorable envers l'action et les gens sur le terrain; règle générale, malgré leurs moyens limités, ils veulent faire en sorte que leur pratique serve le milieu, qu'elle débouche sur des actions concrètes et qu'elle se fasse en partenariat.

Les instances provinciales

Au Ministère, les membres de la Direction de la santé mentale considèrent qu'il faudra mettre au point des indicateurs de besoins et de résultats en fonction de la programmation. Selon eux, le système d'information en santé mentale, s'il y a entente avec la Commission d'accès à l'information, pourrait être utile à cet égard. Par ailleurs, ils estiment que l'évaluation tient peu de place dans les plans régionaux d'organisation de services, quoique certaines régies aient mis au point des méthodes d'évaluation intéressantes, mais jugées à l'époque comme étant peu orthodoxes par le Ministère, donc non recevables.

Pour leur part, les représentants et représentantes de la Direction générale de la santé publique, en abordant la question de l'imputabilité, rappellent qu'il est essentiel de pouvoir mesurer les résultats, sans toutefois alourdir la tâche des personnes concernées, ni adopter une approche qui soit incompatible avec celles que privilégient certaines régions, afin de ne pas créer de résistances inutiles. Rappelons que le témoignage de nos interlocuteurs et interlocutrices de la Direction de la recherche et de l'évaluation se retrouve dans la section du présent rapport consacrée à l'état d'implantation de l'évaluation (section 2.3.2).

De leur côté, les membres du Service à la condition féminine du Ministère estiment difficile d'évaluer la problématique des femmes et le rapport hommes-femmes, puisque ces dimensions sont absentes de la Politique de santé mentale. Les personnes présentes à la rencontre considèrent aussi que l'évaluation devrait porter en priorité sur l'intégration des rôles et la socialisation. La question alors posée est la suivante : « les services ont-ils un sexe ? ».

Finalement, soulignons que la question d'évaluation qui importe à nos interlocuteurs et interlocutrices du Bureau des communautés culturelles est celle de l'adéquation des services aux différentes cultures, autant, sinon plus, que celle de leur accessibilité.

2.3.4 LES SUGGESTIONS

Dans l'ensemble, l'évaluation est perçue comme une nécessité. Les usagers et usagères demandent à participer à la construction même du processus évaluatif; selon eux, ce dernier ne devrait pas concerner uniquement les professionnels ou les intervenants et intervenantes du réseau sociosanitaire.

Les milieux communautaires sont favorables à l'évaluation mais suggèrent fortement que celle-ci soit mise en oeuvre à tous les niveaux, institutionnels et communautaires, en fonction de la taille respective des organisations en cause. Les groupes consultés demandent eux aussi à participer à l'élaboration de la démarche évaluative. Ils craignent cependant que l'évaluation ne puisse être réalisée que par les régies régionales.

Pour bon nombre de personnes représentant les établissements, l'intérêt pour l'évaluation est moins développé que pour la recherche. Cependant, pour certains, l'évaluation évoque les visites d'agrément ou encore le jugement des pairs par rapport à la qualité de l'acte professionnel. L'évaluation portant sur une intervention structurée, comme un programme ou bien une politique, n'a que peu fait l'objet de suggestions précises de leur part.

Les comités tripartites qui ont émis des commentaires par rapport à l'évaluation sont convaincus de sa nécessité et suggèrent d'adjoindre une clause d'évaluation à toute intervention, tout en estimant cependant qu'il y a peu de ressources consacrées à cette activité et qu'elle doit faire face à des résistances. Ils suggèrent, eux aussi, que l'évaluation soit conduite de concert avec les usagers, au moyen de processus simples, mais systématiques et efficaces, et qu'elle rejoigne l'ensemble des dispensateurs de services.

Certaines régies régionales sont déjà engagées dans différents processus évaluatifs, mais à des degrés divers et avec une intensité variable. D'autres, par contre, ressentent un besoin de soutien pour développer leur expertise, alors que pour quelques autres il y a un manque flagrant de coordination entre les différentes instances du système sociosanitaire. Enfin, au Ministère, la situation de l'évaluation est perçue différemment selon les diverses directions rencontrées. Toutes s'entendent sur la nécessité de l'évaluation, même si elles n'ont que peu de suggestions concrètes qui en permettraient une plus grande utilisation.

2.3.5 SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS DU COMITÉ

Présentement, il se fait peu d'évaluations des interventions en santé mentale; ces évaluations sont surtout le fait de quelques régies régionales de la santé et des services sociaux. Hormis quelques évaluations d'implantation de plans régionaux de services dans quelques régions et celle des résultats de la mise en place des services de santé mentale dans la région de l'Outaouais, il n'y a pas de démarche structurée et systématique de la fonction évaluative pour permettre une reddition de comptes des différentes instances du réseau de la santé au Ministère. Cependant, l'ensemble de nos interlocuteurs et interlocutrices perçoivent bien la nécessité de l'évaluation et lui sont favorables, lorsqu'elle est respectueuse des réalités des différents milieux de pratique. Dans cette perspective, l'évaluation, tout comme la recherche, est confrontée à la nécessité d'être utile et participative.

Par ailleurs, les personnes rencontrées, en particulier celles qui représentent les régies régionales, proposent que s'établisse une plus grande concertation entre les différents responsables concernés, dans l'élaboration et la réalisation des évaluations.

Pour que l'évaluation des interventions en santé mentale prenne réellement son essor, notre comité recommande:

- . **d'accompagner la Politique de santé mentale d'un plan d'imputabilité décrivant à qui se fera la reddition de comptes, sur quoi et à quel moment;**
- . **de mettre en place un partenariat évaluatif entre le Ministère et les régies régionales afin de maximiser les retombées de la fonction évaluative;**
- . **de développer, en association étroite avec les usagers et usagères, les familles ainsi que les intervenants et intervenantes, le volet évaluation des pratiques d'intervention, afin d'établir les niveaux de concordance avec les besoins des personnes.**

CHAPITRE 3

POUR FAVORISER L'ÉQUITÉ

Cette troisième orientation de la Politique de santé mentale vise à assurer, à chaque personne, l'accès à une diversité de services qui soient le plus près possible de son milieu de vie. Pour y parvenir, deux types de mesures sont mises de l'avant, soit la gamme essentielle de services de santé mentale et les ententes de complémentarité de services. Le présent bilan permet de juger de l'implantation de ces mesures quelques années plus tard.

3.1 LA GAMME ESSENTIELLE DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

3.1.1 LES ÉLÉMENTS DE LA POLITIQUE

La Politique de santé mentale mentionne, pour chaque région du Québec, la nécessité de mettre en place une gamme essentielle de services en santé mentale qui comprend six éléments importants. Tout d'abord l'information, par l'entremise des campagnes provinciales d'information, qui ont comme objectifs de sensibiliser la population et de concourir à l'amélioration des mesures de prévention et d'intégration sociale.

Quant aux programmes régionaux d'information, qui doivent permettre de mieux inscrire les interventions au sein des communautés et de mettre à profit des compétences particulières, ils visent à renseigner la population sur les problèmes de santé mentale, les droits des personnes qui souffrent de troubles mentaux, ainsi que sur les services et ressources en place. On retrouve ensuite les services de promotion et de prévention, dont les objectifs sont déterminés dans chacune des régions, selon les besoins et particularités des différents milieux et de certains groupes à risque.

Les services de base en santé mentale, quant à eux, visent à assurer en tout temps un accueil, une évaluation, une réponse immédiate et une orientation adéquate lorsque nécessaire. Ils représentent des moyens concrets de confirmer le droit des personnes à des services appropriés, continus et de qualité. Pour sa part, le traitement spécialisé comporte trois éléments : la réponse à une urgence psychiatrique, le traitement de courte durée et le traitement à long terme.

De plus, on estime dans la Politique que la famille demeure le principal milieu de vie pour plusieurs personnes qui éprouvent des problèmes de santé mentale. Les services d'aide aux familles devraient leur permettre d'être bien informées, d'obtenir un soutien psychosocial approprié et de bénéficier de moments de répit.

Finalement, la réadaptation et la réintégration sociale constituent des services complémentaires et se déroulent de façon concomitante; si la réadaptation vise à développer ou à restaurer les compétences personnelles et sociales de façon à accroître le niveau d'autonomie d'une personne, la réintégration sociale en constitue le prolongement.

3.1.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION

Dans l'ensemble, les groupes consultés dans le cadre de notre bilan considèrent que la gamme de services inscrite dans la Politique constitue un cadre de référence adéquat pour la planification des services et pour leur organisation en région. Cette gamme permet, soulignent-ils, de prendre en considération et d'articuler les composantes essentielles d'un continuum de services de santé mentale. Cependant, il y a encore un fort cloisonnement entre les différents services de la gamme.

Des changements significatifs ont été observés par nos interlocuteurs et interlocutrices dans chacun des éléments de la gamme de services, et ce, depuis la mise en place de la Politique. Ces changements ne sont toutefois pas de même ampleur pour chaque élément et dans chaque région du Québec. Les conclusions d'ensemble dont il est fait état ici doivent donc être traitées avec prudence, en rappelant que seul un bilan d'implantation détaillé pour chaque région permettrait de rendre pleinement justice à toutes les initiatives.

L'information

À ce jour, l'information a fait l'objet de peu d'attention et l'implantation de cet élément de la gamme de services s'est davantage concrétisée par des actions ponctuelles. De plus, le bilan ne permet pas de répertorier de plan d'ensemble touchant les trois volets prioritaires d'information décrits dans la Politique et devant faire l'objet des programmes régionaux, soit : l'information sur les problèmes de santé mentale, sur les droits des personnes et sur l'accessibilité aux services.

Par ailleurs, certaines régions ont mis sur pied des bottins de ressources et des trousseaux d'information sur les problèmes de santé mentale. D'autres ont mis à contribution les services d'information téléphonique d'accessibilité continue (24/7) pour répondre autant aux besoins d'information sur les problèmes de santé mentale qu'à ceux touchant l'accessibilité aux services.

Enfin, il faut souligner que les activités de formation sur les droits ont contribué, selon les groupes rencontrés, à une plus grande information sur le sujet, notamment chez les usagers et usagères. Il est largement souhaité que ce type d'information soit aussi rendu disponible aux intervenants et intervenantes ainsi qu'au grand public.

La promotion et la prévention

De l'avis de la majorité des groupes rencontrés, l'inscription de la promotion et de la prévention dans la gamme essentielle de services a contribué à faire reconnaître la pertinence de ce type d'activités, qui déborde le champ des services à la clientèle pour rejoindre celui des services à la population. Il y a un large consensus entre eux sur la nécessité d'agir en matière de promotion et de prévention pour mieux équilibrer les efforts dans le champ de la santé mentale.

Sur le plan des réalisations concrètes, notre bilan nous indique qu'il y a encore beaucoup à espérer, malgré quelques résultats intéressants. Seules quelques régions ont conçu une programmation spécifique en la matière. Plusieurs éléments ont été mis de l'avant pour expliquer cette situation. D'une part, l'expertise requise pour soutenir le développement de ce secteur est souvent peu disponible. D'autre part, les ressources nécessaires pour concrétiser les actions de promotion et de prévention de manière efficace et durable sont trop limitées et surtout financées trop précairement. Il est important de signaler que la majorité des activités de promotion et de prévention sont financées sur une base non récurrente, situation déplorée par plusieurs groupes. Finalement, la prépondérance des activités de nature curative expliquerait aussi, en partie, la faiblesse des investissements en promotion et en prévention.

En conclusion, les activités de promotion et de prévention sont jugées essentielles et il faut maintenant, selon nos interlocuteurs et interlocutrices, développer ce secteur d'activités sur une base soutenue et permanente.

Les services de base

Les services de base visent à assurer en tout temps un accueil, une évaluation, une réponse immédiate et une orientation adéquate. Notre bilan nous indique qu'il y a un développement de ce type de services dans toutes les régions. Dans leurs différentes démarches de mise en oeuvre de leur planification, l'ensemble des régions se rejoignent sur la nécessité de rendre ces services disponibles sur une base locale. Dans cette perspective, l'implantation des services de base s'effectue dans le respect de l'orientation de la Politique qui préconise une accessibilité près du milieu de vie des personnes.

Toutefois, la délimitation des zones locales d'accessibilité aux services de base ne s'établit pas selon un modèle unique. On peut ainsi repérer dans l'ensemble des régions, des zones locales déterminées par territoire de MRC, d'autres par territoire de CLSC et d'autres par secteur géographique ou encore par quartier.

Par ailleurs, parmi les difficultés rencontrées dans l'implantation des services de base, plusieurs groupes ont fait état de la confusion entourant la définition même de ce concept. La nature des services de base a souvent été assimilée à la structure de prestation de ces services, soit les CLSC ou les cliniques externes. Dans certaines régions, les débats entourant la définition des services de base en ont de surcroît retardé l'implantation.

Enfin, plusieurs estiment que les services d'intervention en situation de crise ne sont pas suffisamment implantés, ce qui entraîne fréquemment une surutilisation des services d'urgence en milieu hospitalier. L'absence des services d'intervention de crise est surtout notée en dehors des grands centres urbains.

Le traitement spécialisé

La notion de traitement spécialisé fait référence à l'ensemble des interventions requises pour répondre aux besoins en ce qui concerne l'urgence psychiatrique et les traitements de courte et de longue durée. Les informations recueillies permettent d'établir que les services d'urgence psychiatrique et de traitement spécialisé de courte durée sont implantés dans toutes les régions du

Québec, à l'exception de la région du Nord-du-Québec, qui assure l'accessibilité aux services de traitement de courte durée par entente de services avec les régions voisines du Saguenay—Lac-Saint-Jean et de l'Abitibi-Témiscamingue.

La réalité des services de longue durée est fort différente. La concentration historique de ce type de services dans les grands hôpitaux psychiatriques fait en sorte que le volume des services de traitement de longue durée en milieu hospitalier varie grandement d'une région à l'autre. Par exemple, les régions de Laval, de la Montérégie et de l'Outaouais ne disposent pas de services de ce type sur leur territoire. Bien que cette question fasse l'objet d'une analyse plus détaillée dans le chapitre portant sur les solutions dans le milieu de vie, il est important de préciser les impacts de cette situation pour ce qui est de l'accessibilité aux services.

D'une part, certains usagers et usagères ne peuvent avoir accès aux services propres à répondre à leurs besoins. D'autre part, d'autres usagers et usagères se voient contraints de demeurer, pendant de longues périodes, voire même des années, dans des milieux de traitement de courte durée. De manière générale, les personnes rencontrées jugent cette forme de réponse aux besoins de longue durée inadéquate au point de vue de la qualité des services, coûteuse sur le plan des ressources et paralysante quant au fonctionnement du système de services en santé mentale. Dans plusieurs régions, l'impact de cette situation se manifeste également par un engorgement des services d'urgence et par des délais d'attente pour l'admission dans les services d'hospitalisation. Pour contrer ces problèmes, plusieurs de nos interlocuteurs et interlocutrices souhaitent que soit mise en place, et de toute urgence, une démarche spécifique d'organisation des services de longue durée en santé mentale.

Au-delà de l'état d'implantation du traitement spécialisé, les commentaires recueillis dans le cadre du bilan permettent de mettre en évidence trois enjeux majeurs qui préoccupent l'ensemble de nos interlocuteurs, soit : les approches préconisées, les solutions de rechange à l'hospitalisation et la concentration des ressources. En ce qui concerne les approches, la spécialisation dans le champ même du traitement psychiatrique est préconisée par certains, afin de rehausser la qualité des services, en s'appuyant davantage sur les connaissances scientifiques. Pour d'autres, la pratique doit davantage s'orienter vers une approche globale, plus humaine et plus respectueuse de la personne et de son environnement.

Le second enjeu concerne les solutions de rechange à l'hospitalisation. Pour plusieurs groupes, les services hospitaliers demeurent encore trop souvent les seuls services disponibles. Le développement des services de base, principalement des services d'intervention en situation de crise, est vu comme une solution valable pour modifier cette réalité. Il en est de même pour l'ensemble des programmes de réadaptation et de réintégration sociale. De plus, il a été mentionné que le traitement spécialisé ne pourrait pas être l'apanage uniquement des hôpitaux psychiatriques ou des centres hospitaliers dotés d'un département de psychiatrie.

Le dernier enjeu se rapporte à la concentration des ressources dans le champ du traitement spécialisé. La capacité réelle des régions à redéployer, au sein de la gamme de services, certaines ressources investies dans le traitement, et notamment dans le traitement de longue durée, est ici mise en cause. Pour un ensemble de raisons politiques, économiques et sociales, la majorité des groupes consultés considèrent que le potentiel de redéploiement des ressources disponibles dans le secteur du traitement spécialisé n'a que peu été utilisé pour développer ou consolider les autres

éléments de la gamme de services.

Le soutien aux familles

Pour plusieurs personnes éprouvant un problème de santé mentale, la famille demeure le principal milieu de vie. Dans cette perspective, la Politique de santé mentale met de l'avant la nécessité de fournir un soutien aux familles. C'est ainsi que le ministère de la Santé et des Services sociaux a jugé qu'il était prioritaire d'implanter un programme de répit aux familles. Un financement spécifique a été rendu disponible pour permettre l'actualisation de ce programme de répit qui est maintenant disponible dans l'ensemble des régions du Québec.

Les porte-parole de la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale rapportent que l'inscription du programme de répit dans les mesures prioritaires et son financement spécifique ont été des éléments qui en ont facilité le déploiement. Cependant, pour la très grande majorité des groupes consultés, les services mis en place ne constituent qu'une première étape dans l'établissement d'un programme complet de soutien aux familles. De plus, ils déplorent n'avoir été que peu consultés à ce sujet.

Il est important de souligner que ce programme a fait l'objet d'une évaluation dans plusieurs régions, ainsi qu'à la Direction de la santé mentale du Ministère. Les résultats de ces travaux s'ajoutent aux constatations inscrites dans le bilan et ont été intégrés aux pistes d'action qui y sont proposées.

La réadaptation et la réintégration sociale

Dans l'ensemble des régions, les services de réadaptation et de réintégration, que ce soit l'hébergement, les mesures concernant l'emploi ou encore l'intégration à la communauté, sont considérés comme hautement prioritaires. Jusqu'à maintenant, les services mis sur pied l'ont principalement été par les organismes communautaires, avec l'aide de crédits de développement octroyés pour l'actualisation de la Politique. Dans le milieu institutionnel, quelques initiatives ont été mises de l'avant, prenant la forme de résidences, de foyers de groupes, de centres d'intégration communautaire, de centres de jour ou de services de réadaptation dans le milieu de vie. Ces initiatives résultent principalement de démarches de réallocation ou de transformation des ressources du milieu hospitalier.

Cependant, selon nos interlocuteurs et interlocutrices, plusieurs secteurs d'intervention demeurent largement sous-développés, notamment les services résidentiels dans la communauté et les services socioprofessionnels. Pour un grand nombre d'usagers, l'espoir d'un travail ou d'une activité valorisée et valorisante demeure vain. La faiblesse de cette composante de la réadaptation et de la réintégration sociale est largement attribuée à l'absence d'actions intersectorielles.

Par ailleurs, nos interlocuteurs estiment aussi que certaines difficultés demeurent dans le fonctionnement des services de réadaptation et de réintégration sociale. Ainsi, le fonctionnement en parallèle de certaines structures, l'interprétation étroite de leurs mandats par certains établissements et organismes, ainsi que la faiblesse des mécanismes de coordination clinique, viendraient souvent entraver la continuité des services. En outre, le financement précaire ou jugé insuffisant menace le maintien de certains services offerts par les organismes communautaires, qui sont

souvent placés en situation de concurrence entre eux pour obtenir ledit financement.

3.1.3 LES APPRÉCIATIONS

Les usagers et usagères

Les usagers et usagères que nous avons rencontrés dans le cadre de nos deux forums insistent en premier lieu sur la nécessité d'une approche plus humaine en santé mentale. Ils demandent davantage d'écoute et de respect de leur réalité. En second lieu, ils insistent sur le besoin urgent de substituts à l'hospitalisation. Les services en situation de crise, les services d'hébergement et des lieux de rencontre sont jugés essentiels pour répondre à leurs besoins et prévenir le recours inapproprié aux services d'hospitalisation. Certains soulignent que les services d'hospitalisation ne sont pas toujours disponibles au moment où ils en ont besoin. Par ailleurs, ils estiment être en mesure de participer à la mise sur pied de services pouvant remplacer l'hospitalisation, si les moyens requis sont mis à leur disposition.

D'un autre côté, certains usagers s'inquiètent aussi de la nouvelle approche de traitement par spécialisation médicale, ce qui leur fait craindre une déshumanisante « sectorisation par pathologie ». Dans leur appréciation générale des services, les usagers considèrent que le réseau communautaire démontre une plus grande facilité à s'adapter à leurs besoins que le réseau institutionnel.

Finalement, les usagers rencontrés souhaitent également que les efforts de sensibilisation à la réalité vécue par les personnes ayant des problèmes de santé mentale soient considérablement accrus. Selon eux, les craintes et les tabous demeurent profondément ancrés et entraînent de nombreux obstacles dans leur réalité quotidienne, en particulier dans le domaine du logement, du travail et de la sécurité du revenu, et parfois même dans le réseau de la santé et des services sociaux lorsqu'ils reçoivent des services de santé physiques courants.

Les familles et les proches

Les membres de la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale estiment que certaines disparités entre les régions et à l'intérieur de celles-ci subsistent, tant à l'intérieur de la gamme essentielle des services que dans la répartition des ressources. Ainsi, en dehors des zones urbaines, les services de base et les services spécialisés se font rares. Selon eux, cette situation rendrait difficile la continuité des services et le suivi à long terme dans le milieu.

De plus, ils estiment que le soutien aux familles demeure le parent pauvre des services, particulièrement dans les régions éloignées. À cet égard, nos interlocuteurs soulignent que les groupes d'entraide destinés à appuyer les familles ne sont pas suffisamment reconnus pour leur expertise, en plus de rencontrer des problèmes de financement et d'accès aux instances de décision. Ils précisent toutefois que les groupes qui ont été mis en place ont permis une nette amélioration de la situation des familles pour ce qui est du soutien mutuel.

Finalement, les membres de la Fédération déplorent le manque d'organisation dans le champ de la réadaptation et de la réintégration sociale. Ils ont l'impression que tous les fournisseurs de services veulent s'approprier ce secteur d'activités, ce qui entraînerait des difficultés de continuité

et de coordination.

Les milieux communautaires

De l'avis des porte-parole du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, le Ministère doit énoncer et faire respecter des règles claires d'allocation budgétaire et de désinstitutionnalisation en vue d'assurer l'existence d'une gamme complète de services dans chaque région, puisqu'à l'heure actuelle, il y a de très grands écarts entre les régions. Ainsi, selon l'appréciation faite par les membres des Tables régionales des ressources communautaires et alternatives en santé mentale, seulement deux régions se rapprochent d'une gamme complète de services. Cependant, dans certaines régions, un financement est assuré pour chaque élément de la gamme, mais les sommes affectées sont souvent minimes, ne permettant pas une véritable accessibilité aux services.

De leur côté, les membres de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec mettent l'accent sur l'importance d'une action globale à l'égard du logement et du travail. Ils rejoignent en cela le point de vue des usagers et usagères quant à l'importance à accorder à ces questions dans une perspective d'intégration sociale.

Nos interlocuteurs et interlocutrices de l'Association canadienne de la santé mentale déplorent, quant à eux, le manque de reconnaissance de la promotion et de la prévention, ce qui se traduit par un sous-financement chronique parce que les budgets demeurent concentrés dans le secteur des services. Par ailleurs, ils estiment que la décentralisation des budgets et des pouvoirs décisionnels dans chaque région rend difficile le financement des activités des organismes qui interviennent en promotion et en prévention, que ce soit au palier central ou en région.

Quelques autres témoignages de différents groupes communautaires ont aussi souligné que la gamme de services définie dans la Politique de santé mentale ne doit pas étouffer l'innovation en devenant un cadre trop rigide. Dans cette perspective, il importerait de garder à l'esprit l'orientation générale de la Politique, qui préconise une approche globale.

Les intervenants et intervenantes

Dans l'ensemble, les intervenants et intervenantes souscrivent à la gamme de services telle qu'elle est décrite dans la Politique. Cependant, tous les groupes insistent sur la nécessité d'élargir et d'accentuer le volet consacré au soutien aux familles. À cet effet, ils considèrent que les efforts déployés jusqu'à maintenant ne sont qu'une première étape vers un programme complet de soutien aux familles.

En second lieu, la nécessité même de l'existence de services de base spécifiques à la santé mentale est réaffirmée par l'ensemble des personnes que nous avons rencontrées. De leur côté, les membres de l'Association des psychiatres du Québec souhaitent que les services de base soient soutenus par des cliniques spécialisées, accessibles à toutes les régions, par entente inter-régionale si nécessaire. Ils considèrent également que certains psychiatres peuvent agir comme consultants dans les CLSC, sur une base de travail à temps partiel. Les infirmières souhaitent, pour leur part, que la continuité des services soit davantage prise en considération.

En troisième lieu, plusieurs personnes insistent sur la nécessité d'un encadrement approprié pour soutenir l'intégration dans la communauté; il resterait beaucoup à faire à ce sujet dans le secteur de la réadaptation et de la réintégration sociale.

Enfin, les psychologues que nous avons rencontrés, tout comme les psychiatres, ont tenu à rappeler l'importance de ne pas nier la réalité de la maladie mentale. Selon eux, des réponses inappropriées ou incomplètes à la maladie mentale ont des conséquences importantes pour les personnes qui vivent cette situation.

Les associations d'établissements

Les porte-parole de l'Association des hôpitaux du Québec et de la Fédération des CLSC soulignent qu'il y a une nette amélioration dans l'implantation des services de base en santé mentale et souhaitent que ce mouvement se poursuive. De plus, pour ceux de l'Association des hôpitaux du Québec, il est important que les CLSC et les omnipraticiens s'engagent davantage auprès des personnes atteintes de maladie mentale.

De leur côté, les membres de la Fédération des CLSC constatent que la Politique de santé mentale a permis l'amorce d'une meilleure réponse aux besoins des clientèles. Ils déplorent cependant que les personnes ayant des problèmes sévères de santé mentale soient toujours mal desservies dans la communauté; selon eux, les ressources humaines y sont insuffisantes et peu préparées à répondre aux besoins de cette clientèle, ce qui entraîne des réponses partielles.

Les comités tripartites

Sur les quatorze comités tripartites consultés, onze indiquent avoir constaté un progrès significatif dans l'implantation de la gamme de services. Cette appréciation s'accompagne cependant de réserves importantes. À cet égard, le progrès observé ne permet pas de conclure, selon eux, que tous les éléments de la gamme sont suffisamment présents et disponibles pour répondre à l'ensemble des besoins des usagers et usagères.

Certains points faibles ont été relevés dans la mise en application de la gamme de services, en promotion et en prévention, dans les services de base, dans le soutien aux familles et à un degré moindre en réadaptation et en réintégration sociale. De plus, le manque de consultation et de complémentarité est souvent identifié comme un frein majeur au développement et au bon fonctionnement de la gamme de services.

Quelques comités tripartites considèrent que l'incapacité à redéployer les ressources pour diversifier et enrichir la gamme de services, notamment dans les régions pourvues d'établissements psychiatriques, constitue un sérieux handicap. Certains indiquent que cette incapacité résulte

d'une absence de volonté politique, tant au niveau régional qu'au niveau provincial, alors que d'autres notent que l'insuffisance de ressources peut aussi accentuer les difficultés d'un véritable redéploiement.

Finale­ment, certains comités ont particulière­ment insisté sur la nécessité de développer les actions en promotion et en prévention, en souhaitant que ces actions s'inscrivent dans un plan global qui prenne en considération l'ensemble de la réalité et qui s'appuie sur une approche intersectorielle. Dans cette perspective, ils suggèrent d'établir une articulation plus étroite entre la Politique de la santé et du bien-être et la Politique de santé mentale.

Les régions régionales

La majorité des régions régionales estiment que l'accessibilité à la gamme essentielle des services de santé mentale s'est avérée le point névralgique des actions entreprises dans la foulée de la Politique de santé mentale; c'est d'ailleurs sur cette base qu'elles ont élaboré leur plan d'organisation des services. Dans la démarche de mise en oeuvre de ces plans, les réalisations ont été fort différentes d'une région à l'autre. Cependant, trois tendances s'observent dans l'ensemble des régions, soit :

- . une diversification des services : à ce sujet, les régions régionales font état de l'implantation de nouveaux services qui ont enrichi ceux qui étaient déjà là, surtout dans les services de base, le soutien à la famille et les activités de réadaptation et de réintégration sociale; elles considèrent également que le financement des mesures prioritaires a contribué à cette diversification;
- . un rapprochement des milieux de vie : sur ce point, les régions font état d'une organisation sous-régionale et locale des services pour favoriser l'accessibilité dans le milieu de vie; leur appréciation rejoint ici celle des comités tripartites sur la question;
- . l'aménagement de la gamme en un réseau de services complémentaires et intégrés, réseau qui n'est cependant pas complété. À cet égard, les régions identifient plusieurs zones de coordination et de complémentarité à mettre à profit au sein de la gamme des services. De plus, pour assurer le maintien dans le milieu de vie des usagers et usagères, elles indiquent notamment : la nécessité de la complémentarité entre les services de base et les services spécialisés, ainsi que celle de la coordination entre les différents services de réadaptation et de réintégration sociale.

En somme, notre bilan nous permet de constater que la gamme essentielle de services est devenue, dans chaque région, l'élément premier de référence pour l'organisation des services de santé mentale, et ce, dans une perspective d'un accès équitable aux services.

Les instances provinciales

Dans l'ensemble, les instances consultées au niveau ministériel estiment que les activités de réadaptation et de réintégration sociale constituent un des volets de la gamme de services qui a été le plus développé depuis 1989, même s'il reste encore beaucoup à faire à ce sujet. À leurs

yeux, ce développement a surtout été possible grâce aux organismes communautaires. De plus, tous s'entendent sur la nécessité de continuer en ce sens, tout en soulignant l'importance de maintenir une approche globale par rapport aux services.

Au Ministère, on estime aussi que le soutien aux familles est devenu plus disponible, bien que certaines familles demeurent encore réticentes quant à son utilisation. Plusieurs démarches d'évaluation ont d'ailleurs permis, aux niveaux régional et provincial, d'améliorer et d'adapter le fonctionnement de ce volet de la gamme de services, en tenant compte des réticences exprimées et de l'expérience d'implantation.

En matière de traitement spécialisé, les membres de l'ancienne Direction de la santé mentale s'inquiètent des impacts du développement des cliniques par diagnostic sur les usagers et usagères, principalement en ce qui concerne leur liberté de changer de professionnel et même de région. De plus, ils estiment que la concentration des établissements psychiatriques sur le territoire ne facilite pas l'équilibre de la gamme de services.

Quant au champ de la promotion et de la prévention, nos interlocuteurs et interlocutrices du Ministère jugent important de donner suite aux premiers efforts concertés pour soutenir cette approche. À cet effet, dans le cadre de la Stratégie nationale de santé publique, la Direction de la santé publique entend promouvoir des actions qui viseront à renforcer les personnes sur les plans psychologique et social, ainsi qu'à soutenir les familles, les milieux de vie et les communautés.

Au-delà de l'accessibilité à la gamme des services, les représentants et représentantes du Bureau des services aux communautés culturelles ont tenu à rappeler l'importance de l'adéquation des services pour les membres des communautés culturelles. En cette matière, des services adéquats demeurent l'exception plutôt que la règle. Enfin, toutes les instances réaffirment l'importance de la concertation entre les différents dispensateurs de services. Cette concertation leur semble essentielle pour offrir une réponse globale aux besoins, de façon continue et complémentaire.

3.1.4 LES SUGGESTIONS

Sur l'information, la promotion et la prévention

Pour rendre disponible l'information aux personnes qui en ont besoin, certains de nos interlocuteurs et interlocutrices proposent l'implantation d'une ligne téléphonique 1-800 spécifique à la santé mentale. Par rapport au volet de la promotion et de la prévention, plusieurs suggèrent également que soient mieux définies les responsabilités à cet égard, notamment celles des CLSC, et que les activités de promotion et de prévention soient financées plus équitablement. Ils souhaitent en outre que la population et les groupes communautaires puissent être étroitement associés à leur conception.

Sur les services de base et le traitement spécialisé

Les services de base, selon les personnes avec lesquelles nous nous sommes entretenus, mériteraient d'être consolidés et leur organisation devrait être revue. À cet égard, certaines suggèrent de maintenir les services de base dans les cliniques de secteur, avec un budget protégé. À l'inverse, d'autres estiment qu'il faudrait aborder la question autrement et clarifier la notion même de services de base.

Le traitement spécialisé a également fait l'objet de plusieurs commentaires visant son amélioration. Ainsi, les porte-parole des diverses organisations souhaitent un meilleur soutien des médecins généralistes par les médecins spécialistes, la reconnaissance des services thérapeutiques communautaires dans ce type de traitement, la mise en place de cliniques spécialisées accessibles à chaque région, par entente interrégionale, la formation d'équipes spécialisées plutôt que l'ouverture de cliniques spécialisées, l'élaboration d'un cadre de référence pour baliser les cliniques spécialisées et la conduite d'une évaluation des besoins pour déterminer le mandat suprarégional des ressources à consacrer au traitement spécialisé. La question primordiale soulevée ici par plusieurs de ces personnes est également celle de la réallocation des ressources pour en arriver à un équilibre entre les différents éléments de la gamme de services.

Sur le soutien aux familles

Le soutien aux familles est vu comme un élément important de la gamme essentielle de services et a également fait l'objet de plusieurs suggestions : poursuivre et accentuer les mesures de soutien à la famille en établissant un programme d'ensemble, diversifier les services afin de mieux répondre aux besoins d'information, de formation et de soutien psychosocial, doter les aidantes et aidants naturels d'instruments dans leur rôle de soutien, reconnaître et financer les groupes d'entraide-parents, assurer une participation accrue des familles dans l'élaboration et la gestion des programmes de répit.

Sur la réadaptation et la réintégration sociale

Plusieurs suggestions nous ont également été faites pour le développement de la réadaptation et de la réintégration sociale, comme accroître : la dimension de l'intégration sociale, la diversité des ressources de logement, les solutions de rechange à l'hospitalisation, les services socioprofessionnels. Toujours selon nos interlocuteurs et interlocutrices, il y aurait aussi lieu de répondre davantage aux besoins des jeunes de 12 à 17 ans dans le domaine de la réadaptation et de la réintégration sociale, ainsi que d'instaurer un mécanisme de consultation avec droit d'appel pour l'implantation de ressources d'hébergement dans la communauté.

Enfin, pour parvenir à une gamme complète de services communautaires dans chaque région, le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec préconise un financement de base pour chacun des éléments de la gamme de services. Cette mesure permettrait, selon le Regroupement, d'améliorer la qualité et la continuité des services, en assurant la stabilité et la permanence des ressources.

3.1.5 SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS DU COMITÉ

Les personnes que nous avons rencontrées considèrent que la gamme essentielle des services mise de l'avant à l'intérieur de la Politique de santé mentale constitue un bon cadre de référence; elle ne semble pas être remise en cause. Par ailleurs, notre bilan indique que les éléments de la gamme de services sont implantés de manière inégale. En fait, ils varient en nature et en importance d'un élément de la gamme à l'autre et d'une région à l'autre.

Ainsi, l'information, la promotion et la prévention sont dans une situation qualifiée de précaire. Les mesures de soutien des familles et les services de répit-dépannage sont encore insuffisants mais constituent un premier pas vers un programme plus complet. Le traitement spécialisé, pour sa part, est accessible en région ou encore par le truchement d'ententes régionales; nous constatons malheureusement que ces services sont concentrés dans certains centres hospitaliers et dans certaines régions, depuis plusieurs années, et qu'ils font obstacle à la mise en place de services plus adaptés au milieu de vie des personnes, et ce, dans toutes les régions.

Ce dernier constat va à l'encontre du principe voulant que l'accessibilité aux services permette également le libre choix des usagers et usagères en ce qui concerne les différents éléments de la gamme de services. De plus, soulignons que cette concentration des ressources va également à l'encontre des responsabilités régionales à l'égard de l'organisation des services en santé mentale.

Par ailleurs, les services de base (accueil, évaluation, orientation) connaissent un développement territorialisé, alors que la réadaptation et la réinsertion sociale connaissent deux types d'implantation : l'un par des organismes communautaires, l'autre par certaines instances institutionnelles.

Enfin, la complémentarité des services, qui sera discutée dans la section suivante, est liée directement à la gamme de services et l'implantation de l'une et l'autre demeure inégale d'un service à l'autre; aussi, le Comité recommande :

- **que les régies régionales soient directement responsables de l'accès à une gamme essentielle et complète de services en santé mentale, de son financement, de sa coordination et de sa diversité, ainsi que de l'ensemble des mesures garantissant la complémentarité interréseaux, sur une base locale et régionale;**
- **et conséquemment, que le Ministère, en concertation avec les régies régionales, mette en place les mécanismes appropriés de reddition de comptes quant à ces différentes responsabilités au moyen de plans d'imputabilité.**

3.2 LA COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES

3.2.1 LES ÉLÉMENTS DE LA POLITIQUE

En plus de la gamme essentielle de services de santé mentale, d'autres services doivent être mis à contribution pour assurer une réponse globale à la personne ayant des problèmes de santé mentale, d'où la notion de complémentarité des services. Dans certaines situations, il s'agit d'un

complément de réponse essentiel en raison de problèmes particuliers éprouvés par la personne en difficulté. Par contre, dans d'autres situations, la réponse aux besoins de la personne exige la collaboration et la contribution de plus d'un réseau de services.

La Politique de santé mentale met de l'avant trois avenues de complémentarité, soit la contribution des services de santé mentale selon leur expertise propre, la collaboration entre les réseaux de services et le recours à des ententes interrégionales. De plus, la contribution des services de santé mentale est requise pour certaines problématiques particulières, notamment la prévention du suicide, la violence et l'itinérance.

De son côté, la collaboration interréseaux est nécessaire pour que l'expertise de santé mentale soit rendue disponible aux jeunes et aux personnes âgées ainsi qu'aux personnes alcooliques ou toxicomanes, vivant une déficience intellectuelle ou prises en charge par le réseau de la justice.

La Politique prévoit enfin le recours aux ententes interrégionales pour assurer l'accès à un service qui ne peut être dispensé dans la région. La pédopsychiatrie, la psychogériatrie et certains services spécialisés, notamment en matière d'autisme et d'anorexie, peuvent exiger de telles ententes entre les régions.

3.2.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION

Les témoignages recueillis lors du bilan font ressortir cinq constats généraux quant à la complémentarité des services en santé mentale.

La complémentarité des services aux jeunes reste à réaliser

La majorité des groupes considèrent que la complémentarité des services aux jeunes n'est pas actualisée, malgré les attentes formulées en ce sens par la Politique de santé mentale. D'ailleurs, plusieurs personnes ont souligné que les services aux jeunes constituent le secteur qui a le moins bénéficié des orientations et des mesures préconisées par la Politique.

Cette appréciation s'appuie sur le fait que les services de santé mentale pour les jeunes ne sont pas disponibles dans toutes les régions, que la répartition des ressources humaines et financières est très inégale d'une région à l'autre, que les réseaux de services communiquent peu entre eux et que la majorité des ressources desservent une clientèle adulte. De plus, dans certaines régions le peu de ressources complémentaires consenties aux jeunes entraîne pour eux une psychiatrisation accrue. En somme, au-delà des enjeux de complémentarité, plusieurs de nos interlocuteurs et interlocutrices estiment qu'il y a urgence de revoir l'organisation des services de santé mentale aux jeunes.

Une complémentarité qui s'amorce en matière de prévention du suicide

Les informations que nous avons recueillies nous permettent d'affirmer que plus de la moitié des régions ont entrepris des actions spécifiques en prévention du suicide, et ce, dans une perspective d'intervention intégrée avec différents autres secteurs de services. La situation des jeunes y a été clairement identifiée comme devant être une priorité d'action en prévention du suicide. Toutefois, les groupes consultés s'entendent pour dire que les efforts qui lui sont consacrés sont largement insuffisants, compte tenu de l'ampleur du phénomène.

La complémentarité des services entre les secteurs de la santé mentale et de la déficience intellectuelle ne s'applique qu'à quelques situations d'exception

Notre bilan permet d'établir que les ententes de complémentarité des services entre le réseau de la santé mentale et celui de la déficience intellectuelle sont rares. Pourtant, le besoin de complémentarité est largement réaffirmé par les différents porte-parole, et ce, dans la perspective d'une réponse adaptée aux besoins des personnes éprouvant des problèmes de santé mentale.

Nous sommes également en mesure de constater l'absence de responsabilité spécifique à l'égard de la complémentarité entre ces réseaux, de même que l'absence de règles permettant de guider le travail de leurs intervenants et intervenantes. En l'absence de telles mesures, certains usagers et usagères se retrouvent en ballottage entre les deux secteurs de services, comme c'est le cas présentement.

La complémentarité des services s'est améliorée en ce qui concerne le secteur judiciaire

La majorité des personnes que nous avons rencontrées ont été à même d'observer des progrès intéressants concernant la collaboration avec le secteur judiciaire. Divers changements législatifs ont entraîné des occasions d'échange et de communication entre les partenaires du réseau de la santé et ceux du réseau de la justice. Tous les objectifs de complémentarité ne sont pas encore atteints, mais les progrès observés sont significatifs, puisqu'il y a moins de confusion quant aux responsabilités et un meilleur partage de celles-ci entre les deux réseaux en question.

Les ententes interrégionales : une voie d'accès aux services encore inexploitée

Dans le cadre de la Politique de santé mentale, il est prévu que des ententes entre les régions puissent fournir une garantie d'accessibilité aux services à la population de chacune des régions sociosanitaires, même si ces services ne sont pas offerts sur leur territoire de résidence. À cet égard, notre bilan nous permet de constater l'existence de certaines ententes ponctuelles pour répondre aux besoins spécifiques d'une personne ou encore pour régler une situation problématique.

Toutefois, depuis l'implantation de la Politique, il ne semble pas y avoir eu conclusion d'ententes formelles, soutenues et accompagnées de règles garantissant l'accès équitable aux services, entre les régions. Force nous est de reconnaître que cette situation n'assure pas le droit d'accès aux services, notamment pour des personnes présentant des besoins très complexes ou très particuliers.

3.2.3 LES APPRÉCIATIONS***Les usagers et usagères***

Dans nos forums, les usagers et usagères insistent avant tout sur la nécessité d'une approche thérapeutique humaine prenant en considération l'ensemble de la personne, aux points de vue psychologique, social et biologique. Selon eux, il reste encore beaucoup à faire pour que ce besoin soit comblé adéquatement, tant par certains services de santé mentale que par les autres services du système sociosanitaire offerts en complémentarité.

À cet égard, ils ont souligné qu'ils rencontrent certaines difficultés lors de leurs contacts avec des réseaux de services autres que celui de la santé mentale. Selon eux, la principale difficulté provient d'une certaine forme d'exclusion découlant de leur condition lorsqu'ils expriment certains de leurs besoins de services courants.

Par ailleurs, pour certains troubles spécifiques, tels l'anorexie et la boulimie, les usagers rencontrés déplorent le manque d'accessibilité aux services spécialisés. À cet égard, nos observations nous indiquent que cette situation prévaut en partie en raison de l'absence d'ententes interrégionales, étant donné que des services de ce type ne sont disponibles présentement que dans la région de Montréal.

Les familles et les proches

Selon la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale, l'éloignement des grands centres constitue un obstacle déterminant quant à l'accessibilité aux services en santé mentale, particulièrement les services spécialisés. Cette situation semble avoir des conséquences directes sur la lourdeur du fardeau qui incombe à la famille. De plus, aux yeux des familles et des proches, l'existence de services complémentaires à ceux offerts en santé mentale constitue un élément essentiel du maintien de la personne dans son milieu de vie.

Les milieux communautaires

Nos interlocuteurs et interlocutrices des milieux communautaires considèrent que la pratique actuelle, qui est compartimentée en fonction de différents secteurs d'activités, constitue la principale contrainte à la complémentarité des services, puisqu'elle favorise la segmentation de ceux-ci. Il faudrait, selon eux, mettre davantage l'accent sur une approche globale et intégrée des services.

Dans certains témoignages plus spécifiques, on insiste également sur la nécessité d'une action concertée en matière de prévention du suicide. Ainsi, le fait que la Politique de santé mentale ait reconnu l'importance de la problématique est considéré comme un élément positif. Cependant, il apparaît nécessaire à quelques groupes actifs dans le domaine de se doter d'une véritable politique de prévention du suicide, comme l'ont fait avec succès différents autres pays et certaines provinces du Canada.

Les intervenants et intervenantes

Plusieurs intervenants et intervenantes soulignent que le manque de complémentarité entre les services semble avoir un effet direct sur l'évolution de l'état des personnes souffrant de problèmes de santé mentale. En tête de liste, c'est la situation des jeunes qui les préoccupe davantage. En général, ils soulignent aussi que les difficultés de complémentarité entre les services sont généralisées, leurs conséquences négatives quant à l'utilisateur étant palpables autant dans les grands centres que dans les régions périphériques.

Par ailleurs, ils insistent également sur l'importance d'une action significative et concertée en matière de prévention du suicide qui impliquerait, en complémentarité, la collaboration de plusieurs services. Bon nombre d'entre eux déplorent que cette préoccupation n'ait pas reçu plus d'attention à ce jour, étant donné l'ampleur du phénomène et son impact.

Finalement, les représentantes et représentants syndicaux consultés déplorent l'existence de mésententes continues entre les réseaux de services qui nuiraient grandement à la mise en place d'interventions complémentaires. En outre, ces conflits contribueraient souvent à discréditer les intervenants d'un secteur ou d'un milieu d'intervention et rendraient ainsi le défi de la complémentarité entre les services encore plus difficile à relever.

Les associations d'établissements

Les porte-parole des associations d'établissements estiment que la complémentarité des services prônée dans la Politique de santé mentale constitue la voie à privilégier pour répondre à des problématiques complexes, notamment la violence et l'itinérance. Selon eux, cette complémentarité devrait également prévaloir entre les différents ministères concernés par ces problématiques.

Les comités tripartites

Lorsque les comités tripartites ont été mis sur pied, ils ont dû consacrer leurs énergies et leur temps à l'élaboration des mesures nécessaires à la mise en place de la gamme essentielle des services en santé mentale. Pour ce faire, il leur a fallu prendre conscience des besoins, adopter un langage commun, s'entendre sur des priorités d'action et convenir de l'assignation des mandats.

Malgré cela, plus de la moitié des comités tripartites font état de certaines réalisations intéressantes effectuées par différents partenaires en matière de complémentarité des services, principalement dans le domaine de la prévention du suicide, mais aussi dans celui de l'itinérance à Québec et à Montréal.

D'après les membres des comités, la complémentarité repose trop souvent sur la seule bonne volonté des intervenants et intervenantes concernés, sans appui des structures et des systèmes de services. Par conséquent, plusieurs estiment que les personnes présentant des besoins multiples ont rarement accès à des services intégrés. Ils considèrent également le danger de cloisonnement entre les intervenants comme étant une constante du système actuel de services.

Enfin, ils jugent que les ententes de services entre les régions ne constituent pas une mesure implantée de manière formelle et organisée. Par ailleurs, quelques comités ont souligné l'existence d'ententes pour répondre aux besoins spécifiques de personnes souffrant de troubles mentaux, ou encore en vue de solutionner un problème particulier. Ces ententes présentent toutefois un caractère ponctuel et sont gérées à la pièce, sans récurrence.

Les régies régionales

Nos rencontres nous ont révélé que la complémentarité des services devient un enjeu de plus en plus important pour plusieurs régies régionales. À cet égard, certaines régions expérimentent présentement des approches pour améliorer l'organisation des services en santé mentale. Parmi les moyens expérimentés, on note les programmations intégrées, qui consistent à mettre au point pour une clientèle, les jeunes par exemple, une programmation qui tient compte des besoins et des orientations dans plusieurs secteurs, tels la toxicomanie, l'adaptation sociale et la santé mentale.

D'autres régions abordent ce défi sous l'angle de l'intégration des services sur un territoire donné, en utilisant des moyens tels que les protocoles d'harmonisation. Ces expériences, à petite échelle, se caractérisent par une action locale, près des personnes et de leurs milieux de vie.

Nous sommes aussi en mesure de constater que, d'une région à l'autre, les défis et les secteurs de complémentarité varient en nature et en importance. Cependant, nous remarquons également qu'il y a un large consensus sur la nécessité d'une action complémentaire ayant pour cible l'ensemble des préoccupations que l'on retrouve dans la Politique de santé mentale.

D'un autre côté, la question des ententes interrégionales de services est abordée bien différemment selon le niveau de « richesse relative » des régions. Celles de Montréal et de Québec considèrent que le phénomène d'attraction accroît le nombre de personnes qui nécessitent des services dans leur territoire. Par contre, les régions périphériques et éloignées, quant à elles, déplorent l'absence d'ententes interrégionales formelles, ce qui pénaliserait leur population.

Finalement, notre bilan nous indique que la mise en place d'ententes interrégionales de services ne s'est pas encore concrétisée. Cette situation résulte, selon plusieurs, des facteurs suivants : l'absence de définition des services suprarégionaux, la confusion quant aux mécanismes d'accès aux services suprarégionaux — ou même l'absence de services — le manque de leadership de la part du Ministère et des régies régionales sur cette question et la déresponsabilisation de certaines régions face au retour dans la communauté après un séjour ou un traitement hors région des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

3.2.4 LES SUGGESTIONS

Nos interlocuteurs et interlocutrices nous ont fait quelques suggestions intéressantes par rapport à la complémentarité des services. Retenons qu'il a été conseillé : d'élaborer, dans chaque région, des projets spécifiques de collaboration interréseaux et intersecteurs, de construire une politique nationale de prévention du suicide, d'instaurer en région des forums favorisant la communication entre les réseaux de services, de définir la nature des services suprarégionaux, d'identifier les établissements ou organismes désignés (ex. : Suicide-Action dans la région de Montréal) pour les rendre accessibles et de déterminer les règles d'accès et de retour dans le milieu d'origine.

3.2.5 SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS DU COMITÉ

La synthèse et les recommandations du Comité concernant la complémentarité des services ont été intégrées à celles concernant la gamme essentielle des services étant donné leur similitude et leur complémentarité. On les trouvera donc traitées ensemble à la section 3.1.5 du présent rapport. Rappelons cependant que le bilan révèle que les défis et les secteurs de complémentarité varient en nature et en importance d'une région à l'autre. De plus, nos interlocuteurs et interlocutrices sont pour la plupart favorables à la complémentarité entre les différents secteurs d'intervention, mais dans les faits il y a peu d'ententes réelles qui ont été conclues.

Plus spécifiquement, nous sommes en mesure de constater que la complémentarité reste à faire avec le secteur de la jeunesse, qu'elle s'amorce à l'égard de la prévention du suicide, qu'elle est plutôt timide avec le réseau de la déficience intellectuelle, qu'elle s'améliore avec le secteur judiciaire et qu'elle est encore inexploitée entre les régions. Dans bien des cas, nous a-t-on rapporté, les ententes de services qui réussissent sont le fruit de collaborations amorcées sur une base personnelle.

3.3 L'ALLOCATION DES RESSOURCES HUMAINES ET FINANCIÈRES

3.3.1 LES ÉLÉMENTS DE LA POLITIQUE

En favorisant la disponibilité dans chacune des régions du Québec d'une gamme essentielle de services, la Politique de santé mentale prévoit que le financement soit équitable entre les régions et que les ressources humaines nécessaires soient adéquatement réparties. De plus, il y est spécifié que les caractéristiques de la population à desservir, ses besoins spécifiques et l'intensité des problèmes doivent être introduits comme critères d'allocation des ressources.

Selon la Politique, une répartition équitable suppose principalement une augmentation des ressources psychosociales professionnelles et une répartition adéquate des effectifs psychiatriques. Une étude doit également être menée en collaboration avec les fédérations médicales, afin de déterminer la pertinence et la faisabilité de constituer des enveloppes régionales à partir des sommes prévues pour la rémunération des professionnels et professionnelles provenant tant des programmes d'assurance-hospitalisation que des programmes d'assurance-maladie.

Par rapport à la répartition des ressources financières, le Ministère se propose de revoir, dans une optique d'équité, les modes de financement ainsi que la dynamique qui doit animer l'allocation des ressources au niveau central et la réallocation sur une base régionale. De plus, selon la Politique, le financement des services de santé mentale doit être tributaire d'une répartition équitable des sommes affectées au développement entre les régions, ainsi que d'une forme de péréquation touchant progressivement l'ensemble des budgets et d'une opération de réallocation des ressources sur une base régionale. En fait, la Politique demande que ces trois dimensions soient considérées dans le financement des services de santé mentale.

3.3.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION

Par rapport aux questions des ressources humaines et financières, notre bilan se limite à donner une vue d'ensemble sur l'implantation des mesures prévues à l'intérieur de la Politique, et ce, à partir des témoignages de nos interlocuteurs et interlocutrices. Il n'a pas été jugé nécessaire d'effectuer une analyse détaillée de leurs commentaires qui, pour l'essentiel, se retrouvent dans la présente section.

La répartition des ressources humaines

Selon la majorité des personnes consultées, la situation quant aux ressources psychosociales professionnelles est encore précaire, ces personnes n'observant aucune augmentation significative à cet égard.

Il en est de même par rapport à la répartition des effectifs psychiatriques. Exception faite de rares tentatives, limitées dans le temps et dans l'espace, l'essentiel des effectifs est encore concentré dans les grands milieux urbains et même dans certains endroits précis à l'intérieur de ces milieux, plus spécifiquement les établissements psychiatriques.

Certaines ressources spécialisées, au dire de nos interlocuteurs et interlocutrices, font terriblement défaut, surtout par rapport aux nouvelles problématiques et plus particulièrement chez les jeunes. Par contre, inutile de dire que les mesures de redéploiement de personnel du milieu institutionnel vers la communauté sont presque inexistantes, étant donné le peu de changement à cet égard, phénomène qu'ont d'ailleurs été à même de constater nos interlocuteurs, du moins en santé mentale.

Finalement, l'étude qui devait être entreprise en collaboration avec les fédérations médicales en vue de déterminer la pertinence et la faisabilité d'enveloppes régionales pour la rémunération des médecins n'a jamais vu le jour.

La répartition des ressources financières

Malgré un problème évident d'imputabilité de gestion, puisque seulement deux régions régionales ont vu leur plan régional d'organisation de services (PROS) être approuvé par le Ministère, les PROS étaient respectueux sur le plan budgétaire des besoins spécifiques et de l'intensité des problèmes de la population, documentés à partir d'études et de recherches. Toutefois, les sommes demandées se traduisaient toujours en termes de développement, misant peu sur d'éventuelles réallocations de ressources. Par ailleurs, soulignons que plusieurs des personnes rencontrées auraient aimé avoir en leur possession des études reflétant davantage les préoccupations de leur milieu. Celles effectuées jusqu'à maintenant sont surtout de nature épidémiologique, plutôt qu'ethnographique.

Nos rencontres avec les régions régionales nous ont fait constater que la gestion budgétaire connaît une certaine variation d'une région à l'autre. En effet, il y a des régions qui font leur gestion sur la base des territoires de municipalité régionale de comté ou de CLSC, alors que d'autres la font en fonction d'agglomérations géographiques particulières.

Pour terminer, nous avons pu observer que la concentration des ressources en milieu psychiatrique, de l'ordre de 80 à 85 % en grand centre urbain, crée un déséquilibre budgétaire rendant difficile le financement adéquat de l'ensemble des éléments de la gamme de services prévue à l'intérieur de la Politique de santé mentale. Comme nous pouvons le constater, cette question fait référence au cadre d'équité budgétaire du Ministère dans son ensemble.

3.3.3 LES SUGGESTIONS

Toutes les personnes rencontrées ne se sont pas intéressées aux questions des ressources humaines et financières. Cependant, celles qui l'ont fait sont unanimes à dire qu'il faudrait, minimale-ment, faire en sorte que soient appliquées les propositions qui faisaient partie de la Politique de santé mentale, en 1989.

3.3.4 SYNTHÈSE ET RECOMMANDATION DU COMITÉ

Notre bilan nous indique que le manque d'imputabilité régionale, en termes budgétaires a été un obstacle à une gestion saine et continue des opérations liées à la Politique de santé mentale. De plus, les éléments de la Politique qui prévoyaient un renouvellement des modes de gestion en santé mentale n'ont pas été mis en chantier.

Il faut également souligner qu'un grand nombre de régions et d'acteurs ont dit ressentir une forte iniquité en matière d'allocation des ressources. À cet égard, nous avons pu noter un immobilisme dans les régions disposant davantage de ressources que les autres. À l'inverse, dans certains cas, l'équité intrarégionale, grâce aux budgets de développement, semble avoir progressé plus vite que l'équité interrégionale.

Considérant cet état de fait, notre comité recommande :

- . **de mettre en place des plans d'imputabilité comportant l'obligation pour chaque région de déterminer le volume de ressources consacrées à la santé mentale en fonction de sa population.**

Ces plans devraient permettre au Ministère de garantir un partage équitable des ressources entre les régions et à l'intérieur de celles-ci.

CHAPITRE 4

POUR RECHERCHER DES SOLUTIONS DANS LE MILIEU DE VIE DES PERSONNES

L'implantation d'une gamme essentielle de services et la mise à contribution de tous les partenaires constituent deux éléments fondamentaux de la Politique de santé mentale qui soulignent l'importance accordée à la recherche de solutions dans le milieu de vie des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

En continuité avec cette façon de faire, le Ministère a également précisé, d'une part, quel doit être le soutien accordé aux organismes communautaires et, d'autre part, quel est le cadre à l'intérieur duquel doit s'effectuer la réintégration sociale des personnes en difficulté. Le présent bilan nous permet de juger de la situation quelques années plus tard.

4.1 LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

4.1.1 LES ÉLÉMENTS DE LA POLITIQUE

La Politique de santé mentale fournit au Ministère l'occasion de reconnaître la contribution de la communauté dans la solution des problèmes vécus par les personnes éprouvant des difficultés de santé mentale.

L'apport des organismes issus de la communauté y est particulièrement reconnu, tant en ce qui concerne les services directs offerts par certains d'entre eux, qu'en ce qui concerne l'entraide qui existe entre les membres de certains autres organismes. Le Ministère considère donc qu'il est essentiel d'appuyer les organismes communautaires, tout en accueillant les solutions qu'ils mettent de l'avant.

De plus, en rapport avec l'intégration sociale des personnes souffrant de problèmes de santé mentale, la Politique a comme orientation première de faire en sorte que toutes les formes d'intervention en santé mentale puissent reposer sur des réponses adaptées aux caractéristiques spécifiques de chaque communauté et de ses membres. Ces réponses, selon la Politique, devraient aussi être élaborées en étroite association avec la communauté et favoriser le maintien des personnes dans leur milieu de vie naturel, de même, le cas échéant, que leur réintégration sociale.

Dans la Politique de santé mentale, le Ministère reconnaît le potentiel des organismes communautaires, veut préciser le soutien qui doit leur être accordé et confirmer du même coup leur participation, dans chaque région, à la conception et à la mise en oeuvre des services. Certaines conditions ont donc été retenues pour la reconnaissance des organismes communautaires :

- . la communauté doit être à l'origine de la création de l'organisme;
- . l'organisme doit se livrer à des activités non lucratives dans le secteur de la santé

et des services sociaux;

- . l'organisme est autonome en ce qui a trait à ses orientations et à ses pratiques, et son conseil d'administration est composé majoritairement d'usagers et d'usagères de ses services et de personnes de son milieu;
- . le soutien de la communauté, financier ou autre, contribue en partie au fonctionnement de l'organisme.

Fait également important à souligner, le financement des organismes communautaires a été régionalisé et rendu accessible pour trois ans, et ce, à même l'enveloppe régionale prévue pour la santé mentale.

Finalement, il est aussi mentionné dans la Politique que les organismes communautaires doivent être considérés comme partenaires en ce qui a trait à la planification et à l'organisation régionale des services. De plus, on y souligne que leur représentation doit être assurée par la possibilité de compter sur des conditions de participation adéquates, tant administratives que financières.

4.1.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION

La majorité des personnes rencontrées considèrent que les organismes communautaires jouissent d'une meilleure reconnaissance, participent davantage à la concertation régionale et que leur financement s'est amélioré depuis la mise en place de la Politique de santé mentale.

Dans la même veine, la plupart de nos interlocuteurs et interlocutrices dans chaque région ont fait état de l'augmentation du nombre d'organismes communautaires ou de l'accroissement des ressources financières accordées pour la consolidation de ceux qui sont déjà existants. Par ailleurs, dans plusieurs régions, on tend à favoriser une meilleure équité des organismes communautaires entre sous-régions.

Il nous a cependant été signalé que certaines régions souffrent toujours d'un manque d'organismes communautaires, en nombre ou en diversité. D'autres constatent l'essoufflement de plusieurs organismes communautaires, le tout couronné par un manque chronique de budget et de moyens.

Enfin, certains organismes communautaires, malgré une meilleure reconnaissance de leur expertise par leurs différents partenaires, estiment qu'il y a encore beaucoup à faire pour qu'ils soient reconnus à part entière, dans leur propre champ de compétence.

4.1.3 LES APPRÉCIATIONS

Les usagers et usagères

Les usagers et usagères estiment que les ressources actuelles en santé mentale sont peu diversifiées, dans le sens où elles sont encore trop concentrées dans les centres hospitaliers et qu'il existe trop peu d'organismes communautaires.

De plus, ils déplorent que la compétence et le travail du personnel des organismes communautaires ne soient pas reconnus sur le même pied que ceux des autres ressources en santé mentale, surtout de la part des psychiatres. Finalement, ils considèrent que la pauvreté du financement des organismes communautaires et leur inégale répartition entre les territoires d'une même région font obstacle à leur accessibilité.

En terminant, soulignons que la très grande majorité des usagers estiment que la dimension de l'humanisation des services constitue une des principales forces de l'intervention des organismes communautaires en santé mentale.

Les familles et les proches

Les représentants et représentantes de la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale déplorent que les groupes de familles soient peu reconnus, aussi bien quant à leur expertise que par rapport à la pertinence même de leur existence.

Par ailleurs, les groupes de familles accèdent difficilement aux instances décisionnelles en région, ce qui aurait comme conséquence un financement plutôt chétif de leurs activités.

Les milieux communautaires

La majorité des membres des organismes communautaires qui ont été consultés considèrent quant à eux que, depuis 1989, il y a eu un développement accru de l'apport du communautaire en santé mentale. À leurs yeux, ce virage vers le communautaire constitue un choix de société, la Loi sur les services de santé et les services sociaux venant confirmer et renforcer ce choix.

Toutefois, ce développement demeure inégal, selon ces personnes. En effet, autant il y a une reconnaissance affirmée du communautaire et de l'alternatif dans certaines régions, autant on semble tout mettre en oeuvre pour les contourner ailleurs. La reconnaissance de leur contribution n'est donc pas universelle, et surtout, elle serait parcellaire en ce sens que leur volet « services » est davantage apprécié que leurs préoccupations sociales et politiques. Ce qui laisse croire à plusieurs de nos interlocuteurs et interlocutrices que les organismes communautaires sont reconnus et mis à contribution principalement lorsque les établissements du réseau sociosanitaire sont débordés ou bien inaccessibles en dehors de leurs heures régulières d'ouverture. De surcroît, les organismes communautaires seraient tolérés pour certains types d'interventions seulement, notamment l'entraide, alors que ne serait pas reconnue leur compétence par rapport à différents autres volets de la gamme de services, notamment le traitement des personnes en difficulté.

Plusieurs organismes communautaires déplorent aussi que certains de leurs partenaires

confondent la vocation des organismes communautaires et celle des ressources intermédiaires mises en place par les centres hospitaliers psychiatriques. D'autres associeraient par ailleurs la « communautarisation » à la privatisation des services. De plus, la question du sous-financement des organismes communautaires reste toujours préoccupante; malgré des débuts prometteurs, les personnes rencontrées déplorent que la Politique de santé mentale ne contienne aucune orientation claire quant au financement.

Par ailleurs, il faut souligner que bon nombre de représentants et représentantes d'organismes communautaires craignent que le danger d'institutionnaliser la pratique d'intervention communautaire soit toujours présent, particulièrement avec des mesures telles que le plan de services individualisé et le système d'information en santé mentale, et ce, à cause des aspects de normalisation et de contrôle qu'on y retrouve.

Finalement, les groupes de femmes déplorent que la Politique de santé mentale ait passé sous silence leur apport en prévention et en protection de la santé mentale. Dans un tel contexte, il est fort difficile de faire l'arrimage régional entre ces groupes et les autres groupes qui ont intérêt à voir s'améliorer la santé mentale.

Les intervenants et intervenantes

La majorité des membres des associations d'intervenants et d'intervenantes reconnaissent l'importance de l'apport des organismes communautaires en santé mentale. Pour certains, ces organismes sont indispensables, particulièrement ceux oeuvrant à l'intégration au travail des personnes en difficulté et ceux s'occupant d'appartements supervisés. Les porte-parole d'une association considèrent également que la Politique de santé mentale a favorisé la collaboration entre les organismes communautaires et les établissements du réseau sociosanitaire.

Par contre, certains organismes communautaires sont perçus par les responsables de différents groupes professionnels comme étant associés au mouvement antipsychiatrique et antimédication, ce qui donne lieu à des polarisations contre-productives entre le « social » et le « biologique ». Par ailleurs, il y a divergence d'opinion quant à l'évaluation des services dispensés par les organismes communautaires. L'une des associations rencontrées souhaiterait que soient davantage évaluées les interventions des organismes communautaires, alors qu'une autre estime qu'une évaluation trop rigide risquerait d'institutionnaliser ces ressources, et ce, dans un contexte où les milieux institutionnels eux-mêmes n'ont pas à se soumettre à de telles évaluations.

Enfin, les intervenants et intervenantes estiment que certaines difficultés perdurent dans le champ de l'intégration sociale. Les organismes communautaires sont encore trop sous-financés et donc limités dans leur action par rapport à l'intégration sociale. De plus, des manques notables d'organisation font en sorte que les milieux de vie des personnes en difficulté sont peu propices à leur réhabilitation, malgré toute la bonne volonté de plusieurs organismes de ces mêmes milieux.

Les associations d'établissements

Nos interlocuteurs et interlocutrices de la Fédération des CLSC du Québec considèrent à leur tour qu'il y a eu, depuis 1989, un développement et un accroissement réels de la reconnaissance du secteur communautaire. Ils font remarquer que dans la majorité des régions, la plus grande partie de l'enveloppe budgétaire de développement en santé mentale a servi à consolider des organismes communautaires ou à en créer d'autres. Cependant, ils sont également conscients que la consolidation de plusieurs organismes communautaires constitue un défi permanent pour le système sociosanitaire.

Les comités tripartites

Les membres des comités tripartites régionaux partagent également l'opinion de plusieurs de nos interlocuteurs et interlocutrices précédents et estiment que la reconnaissance de l'importance des organismes communautaires en santé mentale ne fait plus de doute. En effet, selon eux, leur apport est significatif dans la prestation des services et leur rôle est essentiel vis-à-vis les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

De plus, ils estiment qu'il y a maintenant de plus grandes affinités entre les organismes communautaires et les CLSC, ainsi que de meilleures relations entre le monde hospitalier et le secteur communautaire. Par contre, un bon nombre de ces comités estiment qu'il y a encore beaucoup à faire pour la reconnaissance des organismes communautaires, que ce soit par rapport aux budgets qui leur sont accordés, ou encore à la reconnaissance même de leur expertise en santé mentale.

Finalement, il nous a été mentionné que certains autres dangers guettent les organismes communautaires : leur surutilisation par le réseau sociosanitaire, le fait que certains tendent à devenir de petits établissements, des conditions de travail exténuantes qui engendrent l'épuisement de leur personnel, certaines polarisations entre le réseau institutionnel et différents organismes communautaires qui, à toutes fins utiles, risquent de mener à des impasses menaçant le partenariat en santé mentale.

Les régies régionales

Même son de cloche du côté des régies régionales, où on estime que les organismes communautaires ont dépassé le stade artisanal et démontré leur efficacité et leur pertinence dans le secteur de la santé mentale. On considère également que ces organismes ont fait leur place et qu'il y a une meilleure concertation entre eux et le réseau sociosanitaire. De plus, les membres des régies régionales que nous avons rencontrés reconnaissent que les personnes qui oeuvrent au sein des organismes communautaires sont mises à rude épreuve à cause d'un manque de financement adéquat de leurs activités.

Les responsables des régies régionales nous ont également rapporté plusieurs exemples concrets d'essoufflement à cause de la situation précaire dans laquelle se retrouvent actuellement plusieurs organismes communautaires. En effet, l'existence de listes d'attentes et parfois même des fermures estivales, qui ne sont pas sans conséquence sur la clientèle, constituent à leurs yeux des résultats palpables de cette situation. Malheureusement, les régies régionales disent ne pouvoir

régler ces problèmes que dans la mesure de leurs moyens, qui sont également limités.

Finalement, quelques régies régionales ont pu constater, sur leur territoire, un manque de concertation entre le réseau des établissements et les organismes communautaires qui entraîne une confusion dans les mandats respectifs de chacun et un dédoublement de certains services.

Les instances provinciales

Nos interlocuteurs et interlocutrices du Ministère font également état du manque de financement des organismes communautaires et craignent même que ceux-ci ne soient une solution à rabais, par rapport au réseau sociosanitaire. Par contre, ils soutiennent que la Politique de santé mentale a permis une meilleure reconnaissance de ces organismes, même si elle est encore insuffisante. Certains estiment également que la gestion tripartite du dossier de la santé mentale a été favorable aux organismes communautaires en les rapprochant des prises de décisions et en leur accordant une plus grande visibilité.

Fait important à souligner, certains responsables du Ministère considèrent également que plusieurs tractations et jeux de coulisses sont venus perturber indûment les relations entre le Ministère, les régies régionales et les organismes communautaires.

Pour terminer, soulignons qu'il a été déploré par quelques personnes qu'on n'ait pas fait mention explicitement, dans la Politique de santé mentale, du rôle de prévention et de protection de la santé mentale que jouent les groupes de femmes. Par ailleurs, elles ont aussi déploré le manque d'arrimage, en région, entre ces groupes de femmes et les autres organismes communautaires.

4.1.4 LES SUGGESTIONS

Les principales propositions formulées afin de maintenir et d'améliorer la réponse aux besoins des personnes en difficulté, par la recherche de solutions dans leur milieu de vie, peuvent se résumer ainsi :

- . reconnaître concrètement les ressources communautaires et alternatives en santé mentale et continuer de favoriser leur développement : 1) en accroissant leur financement jusqu'à ce qu'il représente un minimum de 10 % du budget du secteur de la santé mentale; et 2) en réallouant un pourcentage du budget annuel des établissements vers les organismes communautaires pour y parvenir.

Cependant, il n'y a pas que la reconnaissance des organismes communautaires qui ait attiré l'attention de nos interlocuteurs et interlocutrices. Aux yeux de plusieurs, il est essentiel de maintenir la participation de ces organismes aux instances décisionnelles, tant ministérielles que régionales, puisque, ce faisant, il y a amélioration de la vie démocratique de la société.

Étant donné que la reconnaissance des organismes communautaires s'est accrue depuis la mise en place de la Politique de santé mentale, il faudrait maintenant, de l'avis de plusieurs, faire en sorte que ces pratiques et conduites différentes, qui permettent une action plus globale sur le tissu social, puissent s'enseigner au même titre que l'intervention traditionnelle.

Soulignons également que certaines des personnes rencontrées souhaitent que soit mieux défini le rôle des organismes communautaires en santé mentale en précisant leurs mandats, ceux des CLSC et ceux des autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

4.1.5 SYNTHÈSE ET RECOMMANDATION DU COMITÉ

Notre bilan nous indique que la Politique de santé mentale a permis, depuis 1989, tant du point de vue financier que du point de vue de leur expertise en santé mentale, une meilleure reconnaissance des organismes communautaires, même s'il reste encore beaucoup de chemin à faire.

La majorité des personnes rencontrées trouvent important de conserver les acquis actuels et ne remettent pas en question le bien-fondé de la reconnaissance des organismes communautaires en santé mentale. Par ailleurs, il semble tout aussi important pour les porte-parole des organismes communautaires de maintenir et d'accroître leur participation dans les différentes instances décisionnelles, tant ministérielles que régionales et sous-régionales.

Concrètement, les milieux communautaires attendent du Ministère qu'il réaffirme l'importance de leur rôle et de leur apport au moyen de balises qui encadreraient le travail des régies régionales et auraient pour effet de :

- . renforcer le statut de partenaire des organismes communautaires au sein des comités tripartites;
- . leur assurer une juste part des ressources par un financement adéquat et récurrent;
- . renverser la tendance à subordonner ce secteur au réseau d'établissements.

Les comités tripartites étant les lieux où les organismes communautaires peuvent négocier la part de services qu'ils sont disposés à fournir, il importe, et c'est là le sens de leur requête, de renforcer ce pouvoir de négociation, plutôt que de les cantonner dans des activités précises et en marge du réseau. Agir sur les conditions de financement, plutôt que de tendre à définir ou à circonscrire leur rôle, serait, semble-t-il, la solution à retenir. Dans un tel contexte, notre comité recommande :

- . **que le Ministère s'assure que chaque régie régionale consacre, d'ici trois ans, un minimum de 10 % des ressources du secteur de la santé mentale au financement des organismes communautaires.**

Cette mesure, croyons-nous, devrait avoir pour conséquence de renforcer le statut de partenaire des organismes communautaires, tant dans la prestation des services que dans la participation aux instances décisionnelles, tout en leur évitant la subordination au réseau de la santé et des services sociaux. Bien entendu, il s'agit d'un seuil minimum qu'il n'est certes pas interdit de dépasser.

4.2 LA DÉSINSTITUTIONNALISATION

4.2.1 LES ÉLÉMENTS DE LA POLITIQUE

La désinstitutionnalisation, telle qu'envisagée à l'intérieur de la Politique de santé mentale, doit permettre de soutenir la démarche d'intégration ou de réintégration sociale des personnes souffrant de problèmes de santé mentale, au moyen d'une gamme de services accessibles et d'une organisation décentralisée favorisant la recherche de solutions dans le milieu de vie de ces personnes.

Le Ministère estime, dans la Politique, que le mouvement de désinstitutionnalisation entrepris ces dernières années doit continuer mais être mieux encadré. Dans cette perspective, il faut également faire en sorte, toujours selon la Politique, que les établissements psychiatriques puissent s'adapter à ce mouvement et modifier leur structure et leur taille en conséquence. À cette fin, deux mesures sont proposées : des plans de désinstitutionnalisation et la mise en place d'un groupe d'experts.

Des plans de désinstitutionnalisation

Dans la Politique, ces plans élaborés par les établissements concernés doivent prévoir : le transfert et le suivi des personnes en désinstitutionnalisation ainsi que, pour chacune d'elles, l'élaboration obligatoire d'un plan de services individualisé; la réallocation des ressources consécutive aux transferts; l'amélioration de la qualité de vie pour les personnes qui doivent demeurer en établissement; l'aménagement des conséquences pour le personnel concerné et les plans de formation nécessaires; et enfin, la concertation nécessaire entre les partenaires du secteur de la santé et des services sociaux et ceux des autres secteurs.

De plus, une attention particulière doit être accordée aux personnes ayant une déficience intellectuelle sans troubles mentaux. Ces personnes doivent être orientées vers les services appropriés. Soulignons enfin que la Politique mentionne que la désinstitutionnalisation doit être considérée en relation très étroite avec le plan de services individualisé, conçu pour les personnes, et le plan d'organisation de services, élaboré au niveau régional.

Un groupe d'experts

Les obstacles à la réintégration sociale et les défis qu'elle pose ont également amené le Ministère à promouvoir la création d'un groupe d'experts dont le mandat est de fournir aux établissements concernés l'expertise qui doit leur permettre de mieux faire face aux difficultés.

4.2.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION

Des plans de désinstitutionnalisation

Il est étonnant de constater que nos interlocuteurs et interlocutrices ne s'entendent pas du tout sur l'état d'implantation de cette mesure. Pour les uns, principalement des personnes oeuvrant en milieu institutionnel, la désinstitutionnalisation est un fait accompli ou en voie de l'être : les clientèles qui pouvaient sortir de l'hôpital psychiatrique sont sur le point de le faire ou n'y sont déjà plus. Pour la majorité des autres, à l'inverse, beaucoup reste à accomplir : les ambitions sont grandes, mais la volonté politique n'y serait pas. L'estimation faite par les membres de la Direction de la santé mentale tend à corroborer cette situation, puisque le processus est loin d'être terminé. Certains avancent que depuis 1989 on assiste plus à une transinstitutionnalisation qu'à

une véritable désinstitutionnalisation.

Ces appréciations contradictoires se comprennent lorsqu'on tient compte à la fois du pôle auquel les personnes que nous avons rencontrées s'identifient davantage, l'institutionnel ou le communautaire, et de l'existence de variations entre les régions par rapport aux services en établissement psychiatrique.

Il faut aussi souligner l'absence presque généralisée de plans formels de désinstitutionnalisation, ce qui n'aide pas à tracer un bilan précis de la situation. En fait, dans la majorité des cas, nous sommes davantage en présence de tentatives pour diminuer à long terme le nombre de lits en établissement psychiatrique, que d'une implantation rigoureuse d'une stratégie précise. De fait, le peu de concertation entre les principaux acteurs constitue toujours, aux yeux de plusieurs, la pierre d'achoppement du mouvement de désinstitutionnalisation.

Un groupe d'experts

Cette mesure n'a pas été implantée. Les raisons invoquées par nos interlocuteurs et interlocutrices se ramènent essentiellement à celle-ci : dans le contexte de la régionalisation, la création d'un tel groupe n'est apparue ni pertinente, ni crédible aux yeux des établissements.

Mis à part quelques suggestions sur le rôle de leadership et de soutien que devrait assumer le Ministère en ce qui concerne la désinstitutionnalisation, la majorité des personnes rencontrées estiment qu'il s'agit là d'une mesure à abandonner. La suite de cette section ne portera donc que sur la désinstitutionnalisation et les plans de désinstitutionnalisation.

4.2.3 LES APPRÉCIATIONS

Les usagers et usagères

Les usagers et usagères que nous avons consultés dans le cadre de nos forums n'ont pas abordé directement le thème de la désinstitutionnalisation, si ce n'est pour dire que les services sont en général trop centrés sur l'hôpital. De plus, ils ont insisté sur la nécessité d'avoir accès à des services dans leur milieu ainsi qu'à des services appropriés en temps de crise, d'avoir un chez-soi agréable et de profiter d'activités intéressantes.

Les familles et les proches

L'opinion générale exprimée par les porte-parole de la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale est que la désinstitutionnalisation s'est faite sans préparation des personnes concernées et des milieux d'accueil, et sans transfert d'argent dans la communauté. De plus, selon eux, elle repose essentiellement sur les familles et les proches et exige d'eux des efforts trop importants, dans un contexte de manque chronique de soutien. Ils la jugent enfin irréaliste, dans les conditions actuelles, pour les personnes souffrant de troubles sévères et persistants.

Les milieux communautaires

Les représentants et représentantes des milieux communautaires sont plutôt critiques par rapport aux plans de désinstitutionnalisation tels qu'ils ont été conçus et appliqués à ce jour. Pour eux, la désinstitutionnalisation constitue davantage un effort de récupération budgétaire qu'un réel investissement des ressources dans la communauté et reflète le désengagement de l'État.

Ainsi, la désinstitutionnalisation telle qu'elle s'effectue actuellement ne serait pas non plus garante de la réintégration sociale des personnes en difficulté, puisque la vie en pavillon supervisé par du personnel professionnel ne ressemble que très peu à la vie au sein de la communauté, les conditions y étant trop différentes. À cet égard, nos interlocuteurs et interlocutrices soulignent avec insatisfaction que le développement du logement privé, sauf pour les ressources intermédiaires et les logements supervisés, n'a pas été inscrit dans la Politique de santé mentale.

Par ailleurs, ils estiment également que les actions réalisées dans le sens de la désinstitutionnalisation n'ont pas respecté les règles du partenariat. Les décisions concernant la désinstitutionnalisation auraient souvent eu lieu en vase clos dans les régions régionales, en l'absence même de toute concertation avec les membres des comités tripartites. De surcroît, ils considèrent que les fermetures de lits qui découlent de ces décisions prises en catimini n'ont pas donné lieu à des réallocations budgétaires transparentes vers la communauté.

Les responsables des organismes communautaires dénoncent aussi le fait que les opérations de désinstitutionnalisation soient demeurées sous la gouverne des établissements psychiatriques qui réalloueraient les ressources en leur faveur, en « réidentifiant » leurs clientèles actuelles et en créant des structures intermédiaires qu'ils affublent d'un habillement communautaire, grâce au statut juridique qu'ils leur procurent.

À leur avis, tant qu'existeront les établissements psychiatriques, il sera presque impossible de développer adéquatement d'autres ressources dans la communauté. À cet effet, ils rappellent que la présence d'hôpitaux psychiatriques dans plusieurs régions fut un obstacle à une allocation budgétaire adéquate. Pour couronner le tout, ils considèrent également que le Ministère lui-même est venu affaiblir le mouvement de la désinstitutionnalisation, en reconnaissant récemment l'identité légale de l'hôpital psychiatrique.

Finalement, à titre d'illustration, on nous a rapporté différents exemples concrets d'effets pervers d'une désinstitutionnalisation mal encadrée, survenus fréquemment : des personnes en difficulté qui se retrouvent dans leur famille, sans soutien ni activités d'intégration sociale; des personnes auparavant hospitalisées moins actives depuis leur sortie de l'hôpital et qui s'ennuient de leur ancien groupe d'appartenance; une mise en ghetto des personnes en difficulté, et ce, au sein même de la communauté.

Les intervenants et intervenantes

La majorité des intervenants et intervenantes que nous avons consultés estiment que la désinstitutionnalisation qui a eu lieu jusqu'à maintenant a généralement été conduite de manière inadéquate. Ainsi, certaines personnes ne devaient tout simplement pas être désinstitutionnalisées, les milieux d'accueil étaient mal préparés et les conséquences pour ces personnes et leur entourage ont été désastreuses, les conduisant vers l'itinérance et la violence.

Les intervenants et intervenantes ont aussi été à même d'observer un certain flou dans les façons de procéder à la désinstitutionnalisation. Par exemple, sans évaluation précise des situations particulières de chaque individu, elle peut conduire au syndrome de la porte tournante. D'un autre côté, de nouveaux centres d'intégration seraient devenus des petites institutions que certaines des personnes rencontrées n'hésitent pas à qualifier d'antichambres des hôpitaux psychiatriques puisqu'ils vont directement à l'encontre des intentions initiales de réinsertion sociale.

Enfin, du point de vue des représentants et représentantes de la Confédération des syndicats nationaux (CSN), la désinstitutionnalisation, surtout dans le cas des personnes atteintes de déficience intellectuelle, a produit un alourdissement de la clientèle, un délabrement des conditions de travail, un accroissement de la dangerosité des bénéficiaires, un allongement des listes d'attente, une augmentation de la tâche liée au non-remplacement de personnel et aux coupures de postes, un manque de matériel adapté, de la dispersion et de la démobilisation du personnel, quand ce n'est pas du stress, de la surcharge mentale et de l'épuisement professionnel.

Dans un tel contexte, plusieurs intervenants et intervenantes éprouveraient des sentiments de dévalorisation professionnelle et une certaine forme de honte, lorsqu'on leur laisse voir que leurs tâches ne sont pas celles qu'ils devraient effectuer.

Les associations d'établissements

Les opinions sont ici très partagées. Ainsi, pour les responsables du comité de santé mentale de l'Association des hôpitaux du Québec, il faudrait plutôt parler de transinstitutionnalisation et de réinsertion, la désinstitutionnalisation étant perçue comme un désastre, en raison notamment du manque d'accueil dans la communauté.

Pour d'autres, notamment à la Fédération des CLSC, la désinstitutionnalisation n'est pas considérée comme un échec. C'est surtout une question de respect des personnes, une preuve d'humanité pour celles qui sont encore en institution que d'y aller graduellement. Cependant, tous s'entendent pour dire que ce qu'il faudrait établir comme priorité, c'est de prévenir l'institutionnalisation.

Les comités tripartites

L'ensemble des commentaires recueillis ici sont plutôt négatifs quant à la façon dont a été menée la désinstitutionnalisation jusqu'à maintenant. Plusieurs de ces commentaires très incisifs en recourent d'autres exprimés ailleurs, ce qui en élargit la portée.

Voici, livrés en vrac, quelques exemples de ces commentaires qui donnent un bon aperçu de la question :

- . chaque établissement psychiatrique désire conserver ses acquis, ce qui freine la désinstitutionnalisation;
- . les hôpitaux désinstitutionnalisent sans transfert de ressources dans la communauté;
- . les ressources intermédiaires encadrées par le milieu institutionnel ne constituent pas un substitut adéquat de la vie dans la communauté;
- . la désinstitutionnalisation telle qu'effectuée présentement représente davantage un déplacement des usagers et usagères qu'une réelle intégration sociale de ces personnes;
- . les familles et les proches ne sont presque pas consultés lors de la mise en branle du processus de désinstitutionnalisation;
- . les décisions se prennent souvent en vase clos à la régie régionale. Il y a absence de partenariat et manque de respect à l'égard de l'équité sous-régionale;
- . il y a également inégalité entre les régions par rapport aux ressources, ce qui crée des obstacles à l'accessibilité des services;
- . la communauté est encore peu réceptive à l'égard des personnes souffrant de problèmes de santé mentale;
- . la désinstitutionnalisation crée des problèmes majeurs au plan syndical en touchant l'organisation du travail;
- . plusieurs problèmes sont associés à une désinstitutionnalisation mal encadrée : itinérance, assistance sociale, fardeau pour les familles, emprisonnement, etc.;
- . la désinstitutionnalisation, pour réussir, doit reposer sur une volonté ministérielle affirmée, tout en étant une démarche participative impliquant les partenaires concernés, et ce, dans le respect des engagements mutuels;
- . l'accent doit être mis sur la non-institutionnalisation.

Les régies régionales

Les régies régionales se sont surtout exprimées sur l'état d'implantation de la désinstitutionnalisation avec, comme on l'a vu plus haut (section 4.2.2), d'énormes variations quant à l'appréciation de la situation.

Toutefois, aux yeux de plusieurs responsables des régions régionales, le défi n'est pas tant la désinstitutionnalisation que la non-institutionnalisation, c'est-à-dire la capacité de desservir avec des ressources différentes, dans la communauté, des personnes qui ont des problèmes majeurs de santé mentale.

On a souligné ici aussi l'inégalité des ressources entre les régions, mentionné le risque d'épuisement des milieux d'accueil et précisé enfin un facteur facilitant la désinstitutionnalisation, à savoir la volonté de la direction des établissements d'agir en concertation avec les organismes du milieu.

Les instances provinciales

Chez nos interlocuteurs et interlocutrices du Ministère, notamment les membres de l'ancienne Direction de la santé mentale, si l'opération de la désinstitutionnalisation est perçue comme étant assez avancée dans le cas des personnes âgées et des personnes déficientes intellectuelles, on la juge incomplète dans le cas des personnes psychiatisées.

De plus, ils estiment que les mécanismes de réallocation budgétaire et de reddition de comptes ne sont pas assez transparents pour faire en sorte que la désinstitutionnalisation soit bien conduite.

Enfin, des représentantes du Service à la condition féminine considèrent que la désinstitutionnalisation se joue trop chez les femmes qui prennent en charge un proche souffrant de problèmes de santé mentale et qu'il faut être à l'affût de l'impact de cette surcharge sur leur propre santé mentale, particulièrement dans un contexte de monoparentalité et de pauvreté.

4.2.4 LES SUGGESTIONS

Des suggestions ont été formulées par quelques groupes seulement à l'égard de la désinstitutionnalisation.

Sur l'organisation des services

Trois propositions ressortent à ce sujet. Tout d'abord, favoriser la fermeture complète des hôpitaux psychiatriques en s'inspirant du modèle italien : aucune nouvelle admission les deux premières années; seules peuvent être admises les personnes ayant déjà un dossier. Puis, retirer progressivement les services de santé physique dans les hôpitaux psychiatriques. Et enfin, fermer progressivement les services d'enseignement scolaire des hôpitaux psychiatriques.

Sur le transfert des budgets

À ce chapitre, une suggestion nous a été faite, soit d'effectuer les transferts de budgets des hôpitaux psychiatriques vers les organismes communautaires, en réallouant notamment, de façon systématique, toutes les sommes rendues disponibles par attrition.

Sur la gestion de la désinstitutionnalisation

Le principal élément qui ressort ici des témoignages consiste en la création de comités de gestion de la désinstitutionnalisation.

Sur le plan régional, ces comités seraient composés de praticiens et praticiennes, d'usagers et usagères, de représentants et représentantes des syndicats ainsi que d'administrateurs et administratrices, et leurs recommandations seraient formulées en collaboration avec les comités tripartites et les gens du milieu. Sur le plan suprarégional, un comité travaillerait dans l'esprit du principe d'équité interrégionale. Cette opération serait accompagnée d'une évaluation continue des actions et de mesures de la satisfaction de la clientèle.

Sur l'intégration sociale

Les recommandations de nos interlocuteurs et interlocutrices visent ici à assurer l'établissement de mesures favorables à la réadaptation psychosociale. À cet égard, deux propositions ont été mises de l'avant, soit la création de logements privés pour les personnes désinstitutionnalisées et la mise sur pied de projets innovateurs dans le monde du travail.

Sur la législation actuelle

Quelques propositions ont également été formulées en vue d'apporter des modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, notamment à l'article 308, afin de permettre de consulter la population sur l'implantation de maisons d'hébergement, reconnaissant à cette dernière un droit d'appel à la régie régionale pour le motif de saturation du quartier. Il en va de même à l'article 336, afin que soit reconnue la contribution du secteur communautaire quant à l'hébergement des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

4.2.5 SYNTHÈSE ET RECOMMANDATION DU COMITÉ

Le mouvement de désinstitutionnalisation inscrit à l'intérieur de la Politique de santé mentale existait bien avant celle-ci. Toutefois, en 1989, la Politique reconnaissait que des personnes vivaient encore dans des lieux, principalement en établissement, qui n'étaient pas adaptés à leur condition et à leurs besoins. Il y avait donc nécessité de continuer le mouvement de désinstitutionnalisation et de soutenir la démarche de réintégration sociale.

Au terme de notre bilan, nous sommes à même de constater que la situation est quasiment identique à ce qu'elle était quelques années auparavant : les plans de désinstitutionnalisation se font attendre, le mouvement vers l'intégration sociale ne s'est pour ainsi dire pas concrétisé.

Au regard de cette situation qui perdure et qui ne semble pas vouloir se régler d'elle-même, le Comité recommande :

- . **que le Ministère accorde la priorité, dans ses futures actions en santé mentale, à l'intégration sociale des personnes souffrant de problèmes de santé mentale.**

Pour ce faire, une instance d'actualisation comprenant des représentants des usagers et usagères, des proches et des familles, des intervenants et intervenantes des milieux communautaires et des établissements, des régies régionales, du Ministère et des autres secteurs d'activité gouvernementales concernés devra rapidement être mise en place, afin d'engager le Ministère dans une démarche comportant plusieurs volets, notamment :

- . des services sociosanitaires répondant aux besoins des personnes ayant des problèmes de santé mentale;
- . un hébergement adapté aux besoins de ces personnes, hébergement qui leur permettra d'avoir accès à une qualité de vie socialement acceptable;
- . des activités et des emplois valorisés et valorisants pour ces personnes;
- . des milieux communautaires favorisant l'intégration de ces personnes en leur rendant accessibles des lieux de rencontre, de soutien et d'entraide.

Pour réaliser cette démarche conduisant à l'intégration sociale des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, les balises suivantes devront faire l'objet des premiers travaux de l'instance d'actualisation :

- . la définition de règles d'éthique garantissant le respect des personnes et de leurs droits;
- . l'établissement de règles claires de transformation du réseau, par rapport à l'adaptation de la main-d'oeuvre et à la transformation des établissements;
- . l'adoption de règles précises de réallocation budgétaire à partir des établissements psychiatriques de longue durée, et ce, à des fins d'intégration sociale, de développement de la gamme de services et de réinsertion dans la communauté;
- . un soutien financier tangible et continu aux familles et à leurs proches;
- . l'équité de la répartition budgétaire entre les régions sociosanitaires.

En conclusion, notre comité estime que la qualité et l'accessibilité des services en santé mentale sont intimement liées à l'action du Ministère et de ses partenaires à l'égard de l'intégration sociale. De plus, des mesures énergiques doivent suivre cette recommandation, sinon la situation dépeinte en 1989 dans la Politique de santé mentale n'aura pas connu d'évolution concrète.

CHAPITRE 5

POUR CONSOLIDER LE PARTENARIAT

Cette section de notre rapport est de facture différente par rapport aux précédentes. Étant donné la nature des différents témoignages que nous avons reçus lors de nos consultations, nous avons opté pour une présentation synthétique, sans considérer nos différentes catégories analytiques d'interlocuteurs et interlocutrices. Ce procédé nous permet de jeter un meilleur éclairage d'ensemble sur une question aux multiples ramifications comme celle du partenariat.

Constatant le fonctionnement cloisonné des structures et les limites importantes qu'impose cette situation au regard d'une action collective en santé mentale, les travaux du Comité de la Politique de santé mentale, en 1987, débouchent sur la nécessité d'instaurer de nouveaux modes de prise de décision et de collaboration aux niveaux local, régional et gouvernemental.

Recentrer les services sur les besoins de la personne, faire en sorte qu'elle soit au coeur même de la planification et de l'organisation des services, telle est l'essence de cette préoccupation, telle est aussi la trame de la Politique de santé mentale. En retenant la consolidation du partenariat comme orientation, la Politique jette ainsi les bases de la nouvelle dynamique qui doit présider à la planification, à l'organisation et à la prestation des services, et établit, à toutes fins utiles, le cadre de son actualisation, fondée sur les besoins de la personne.

Pour que se concrétise cette orientation et que prenne véritablement place la mobilisation concertée des différents partenaires concernés, l'État opte alors pour la décentralisation de la mise en oeuvre de la Politique et pour l'instauration, au niveau gouvernemental, d'un partenariat entre les différents secteurs d'activités ayant une influence directe ou indirecte sur la santé mentale des personnes.

C'est dans cette perspective que les conseils régionaux de la santé et des services sociaux, devenus depuis les régies régionales, se voient confier le mandat d'actualiser la Politique au moyen de la mise en place de partenariats régionaux, et que, de leur côté, les instances gouvernementales sont invitées à soutenir l'action des régions par l'harmonisation concertée de leurs politiques respectives, sous le leadership du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le présent chapitre fait état des dynamiques qui ont prévalu en région, des difficultés et des réussites rencontrées dans les démarches de planification régionale. Le texte se limite aux propos livrés par certaines des personnes rencontrées qui, s'étant exprimées sur leur expérience ou leur observation sur le partenariat, en tirent des constats et des suggestions généralement positifs quant à son avenir et quant aux conditions qui doivent en favoriser l'exercice.

5.1 LA DÉCENTRALISATION

5.1.1 LES ÉLÉMENTS DE LA POLITIQUE

Plus qu'un choix administratif, la décentralisation est vue et présentée dans la Politique comme le moyen qui favorise l'instauration du virage souhaité en santé mentale, à savoir : une organisation de services centrée autour des besoins de la personne plutôt qu'autour des structures.

En misant sur la capacité des régions à se mobiliser et se concerter pour identifier les problèmes et les besoins de leur population respective, et convenir communément des réponses à y apporter, la décentralisation se veut le moyen privilégié pour recentrer les services sur la personne. De même, assiste-t-on au développement d'une organisation de services respectueuse de la diversité des milieux, parce qu'adaptée aux caractéristiques de chacune des régions, aux besoins de leur population ainsi qu'à la configuration de leurs ressources.

L'initiative et le leadership de cette démarche de planification et d'organisation de services sur une base régionale sont confiés aux régies régionales, l'exercice devant s'inspirer des orientations proposées par la Politique et s'appuyer sur une connaissance approfondie des besoins de la population.

La réalisation de ce mandat doit se faire dans un cadre précis qui implique :

- . la mise sur pied d'un comité tripartite formé des établissements du réseau pour le premier tiers, des représentants et représentantes des organismes communautaires pour le deuxième et des représentants et représentantes d'autres secteurs de la communauté pouvant influencer la santé mentale de la population pour le troisième;
- . l'élaboration d'un plan régional d'organisation de services (PROS) qui comporte un certain nombre de consignes précises à respecter sur le plan du contenu et qui, une fois approuvé par le conseil d'administration, doit être soumis à l'approbation du Ministère (le ministre);
- . enfin, au terme de ces deux premières phases, l'attribution de la gestion du programme aux conseils régionaux moyennant leur engagement à respecter le PROS, à se rendre imputables de l'ensemble des questions budgétaires et à rendre compte de leur gestion par le dépôt d'un rapport annuel au Ministère.

5.1.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION

La majorité des régions sociosanitaires constituées lors du lancement de la Politique de santé mentale se sont acquittées du mandat qui leur avait été confié, à savoir : former un comité tripartite, élaborer un plan d'organisation de services (PROS), le faire approuver par le conseil d'administration de la régie régionale et le soumettre par la suite à l'approbation du Ministère. Plusieurs d'entre elles ont déjà entrepris d'évaluer l'implantation de leur PROS ou s'apprêtent à le faire. Dans la plupart des régions, les comités tripartites ont été mis à profit dans l'implantation, le suivi et l'évaluation du PROS, en plus de sa planification. Par ailleurs, le PROS est devenu depuis l'instauration de la Politique le cadre de référence privilégié pour l'organisation des services en santé mentale.

Deux régions, celles du Nord-du-Québec et de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, nées du redécoupage régional effectué lors de la réforme de la santé et des services sociaux, en étaient à l'étape de la planification de leurs services, au moment de nos consultations.

À ce jour, les PROS de deux régions seulement, l'Outaouais et la Côte-Nord, ont reçu l'approbation finale du Ministère. Les autres font encore l'objet d'une approbation conditionnelle, c'est-à-dire assortie d'un certain nombre de conditions à remplir avant d'obtenir le sceau final du Ministère conduisant à la pleine gestion régionale du programme, comme le spécifiait la Politique de santé mentale. Aux yeux de plusieurs personnes, notamment les responsables des régies régionales, le processus d'approbation manquait de transparence. En sus des consignes relatives au contenu des PROS qui apparaissaient dans la Politique, on aurait souhaité être informé des conditions sous-jacentes au processus même d'approbation. Soulignons que cette situation n'a cependant pas empêché les régies régionales de procéder à la mise en œuvre de leur PROS, certaines ayant déjà entrepris de l'évaluer ou de le mettre à jour.

Par ailleurs, la formule du tripartisme égalitaire préconisée dans la Politique a connu certaines variations. La majeure partie des régions s'y sont conformées, mais quelques-unes ont préféré d'autres formules n'impliquant pas la représentation égalitaire.

Pour terminer, il est important de rappeler que l'expérience du partenariat régional a été qualifiée de « douloureuse » par plusieurs des partenaires, compte tenu des multiples tensions qu'elle a occasionnées. Cependant, tous s'entendent pour dire qu'elle fut profitable à maints égards, notamment parce qu'elle a permis de se centrer davantage sur les besoins des personnes en difficulté.

De même, à quelques exceptions près, nos interlocuteurs et interlocutrices considèrent que le tripartisme est devenu une réalité incontournable qu'il convient de maintenir et d'élargir à d'autres acteurs, comme il est souhaitable également qu'il prenne forme dans l'évaluation et la révision de la planification des services.

5.1.3 LES APPRÉCIATIONS ET LES SUGGESTIONS

Rappelons que, pour des besoins de cohérence, l'analyse que nous avons effectuée quant aux commentaires des personnes consultées demeure générale plutôt que subdivisée en catégories comme nous l'avons fait dans les sections précédentes. De plus, les appréciations et suggestions que nous avons reçues étant étroitement liées, nous avons également fait le choix de les présenter dans une même section.

Les appréciations et les suggestions sur la décentralisation

Sur le plan des principes, la décentralisation, en tant que moyen de recentrer les services sur la personne et de fournir une réponse mieux adaptée à ses besoins, fait toujours consensus chez l'ensemble des partenaires consultés. Sur le plan des modalités cependant, les consensus se font beaucoup plus fragiles et des balises ministérielles sont souhaitées par divers partenaires et dans divers domaines pour mieux encadrer et soutenir l'exercice de la décentralisation.

Du côté des usagers et usagères, de leurs proches et des milieux communautaires, on craint que la décentralisation ne s'arrête aux régies en l'absence de balises ministérielles indiquant clairement

que le partenariat régional est affaire de partage équitable du pouvoir et des ressources entre les différents partenaires, ce qui implique la reconnaissance concrète du rôle et de l'apport des ressources communautaires et leur financement adéquat. Aux yeux de plusieurs, la régionalisation a du sens pour autant que les régions régionales aient une vision communautaire de la santé mentale et que le Ministère soutienne une telle vision.

Chez nos interlocuteurs et interlocutrices appartenant à des associations d'intervenants et d'établissements, on parle de la « balkanisation » possible du système de services en santé mentale, ainsi que du morcellement des visions et des approches, si des normes suprarégionales et des orientations globales n'accompagnent pas la décentralisation.

Concrètement, ces personnes estiment que le leadership du Ministère est toujours requis pour soutenir les processus régionaux sur les questions touchant la réallocation des ressources, l'organisation des services spécialisés et ultraspécialisés, ainsi que celle des services de première ligne qui, semble-t-il, gagnerait à être clarifiée. Il en va de même des problématiques qui se situent en périphérie du champ spécifique de la santé mentale, comme le suicide, l'anorexie et la boulimie, l'autisme, pour lesquelles on requiert, conjointement avec certains milieux communautaires et groupes d'usagers, des orientations ou politiques aux fins de leur considération et de leur prise en charge adéquate en région.

Du côté des régions régionales, on reconnaît également que la décentralisation doit être appuyée par des orientations claires du Ministère, tout particulièrement dans les sphères d'activités requérant l'établissement d'ententes de services interrégionales ou intersectorielles. Pour les régions, les fonctions dévolues au Ministère dans le cadre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux sont d'orienter et de régulariser le système en fonction d'objectifs de résultats, elles-mêmes étant pour leur part responsables du choix des moyens. Aussi, pour éviter que les processus régionaux ne soient ponctués d'intrusions ou d'attitudes jugées peu conformes à l'esprit de la décentralisation de la part du Ministère, plusieurs régions souhaitent que les rapports entre les deux instances soient à l'avenir davantage formalisés.

En somme, tous nos interlocuteurs disent oui à la décentralisation et la majorité souhaite même son prolongement jusqu'au niveau local, « là où les besoins sont et où la concertation doit être favorisée et soutenue ». Mais pour en favoriser pleinement l'exercice et l'atteinte des objectifs, la décentralisation, ajoutent-ils, doit reposer sur des règles du jeu plus claires et un certain nombre de « garanties ». Un examen des « hauts » et des « bas » des démarches de planification régionale nous permettra de mieux cerner la nature et la portée de ce constat.

Les appréciations et les suggestions au regard de la démarche de planification régionale, ou l'expérience du partenariat en région

La Politique de santé mentale, on s'en souviendra, n'offrait pas de « recettes » pour actualiser le partenariat. Les seules consignes émises touchaient l'obligation de former un comité tripartite et de consulter l'ensemble des partenaires concernés sur les résultats des efforts consacrés à l'élaboration du PROS avant que le conseil d'administration de la régie régionale en soit saisi.

En pratique, les conseils régionaux devenus régies régionales héritaient de l'entière responsabilité de la démarche de planification, ayant pour tout cadre d'action la Politique de santé mentale elle-même.

Un constat général d'une décentralisation ne faisant pas de place à l'ensemble des partenaires concernés par la santé mentale, ou ignorant une partie de la clientèle, est formulé par les familles et les proches, ainsi que par les groupes de femmes. Chez ces derniers, on parle même de « perte majeure » par rapport aux acquis sur le plan gouvernemental, le « silence de la Politique de santé mentale sur les femmes » ayant conduit à leur « absence dans les plans régionaux d'organisation de services ». Il en serait de même des différentes politiques traitant des conditions de vie des femmes qui, toujours selon ces groupes, trouvent peu ou pas d'écho auprès des régies régionales.

Chez nos interlocuteurs et interlocutrices des milieux communautaires, on estime que la décentralisation n'est pas en soi garante du développement communautaire, pas plus qu'elle n'assure une meilleure prise en charge de la santé mentale. Les porte-parole reconnaissent, bien sûr, que des brèches ont été faites dans ce qu'ils appellent le modèle « hospitalocentriste », mais, selon eux, les usagers et usagères n'occuperaient toujours pas la place qui leur revient dans les décisions qui les concernent, avis également partagé par ces derniers.

De plus, les milieux communautaires estiment que le partenariat n'est pas encore vraiment actualisé parce que certaines conditions essentielles ne sont toujours pas remplies. Ils considèrent en effet être des partenaires dont on ne reconnaît pas encore la spécificité et l'apport, qui ne sont pas traités sur un pied d'égalité et qui ne sont toujours pas financés de manière équitable. En outre, déplorent-ils, le tripartisme servirait trop souvent à « cautionner le travail et les décisions déjà prises par les régies régionales », quand ce ne sont pas leurs avis qui seraient « transmis de façon non intégrale par la permanence de certaines régies ». Le partenariat, ajoutent-ils, cesserait « d'exister » au moment des discussions portant sur la désinstitutionnalisation et les réallocations auxquelles elle est censée donner lieu. Enfin, certains déplorent également « l'attitude complaisante » qu'auraient certaines régies à l'égard des établissements, la tenue irrégulière des rencontres des comités tripartites et les conditions peu propices à leur pleine participation à ces instances, comme l'information qui leur est transmise trop tardivement et le peu de soutien financier qui leur est offert.

Du côté des intervenants et des intervenantes des associations d'établissements, les personnes rencontrées font un constat de démarches marquées par des conflits qualifiés de « stériles ». Les conflits ont même été source de démotivation chez les représentants et représentantes du troisième tiers (les personnes provenant d'autres secteurs de la communauté), déjà difficiles à recruter. Le leadership des régies régionales est ici pointé du doigt, comme il l'est d'ailleurs par certains comités tripartites. Les personnes rencontrées mentionnent que les régions ayant affiché la

meilleure performance sont celles dont les orientations et les priorités étaient claires et dont la démarche a été soutenue par le leadership constant de régies régionales soucieuses d'une bonne gestion des conflits dans le respect des différents partenaires. D'autres initiatives prises par quelques régies régionales à ce chapitre ont également été signalées, telles la tenue d'une session de formation sur la concertation et le partenariat, la présence d'une personne-ressource assurant la liaison avec les comités territoriaux et la représentation d'office de leur président au comité tripartite, ou encore l'élaboration d'un protocole régissant les rapports entre la régie et les organismes communautaires.

Les témoignages suivants, quoique très diversifiés, viennent nous rappeler que le secteur de la santé mentale a permis certaines expérimentations afin d'établir de nouveaux rapports entre les régies régionales et le Ministère, dans un contexte de décentralisation accélérée. Nous retiendrons, parmi les constatations les plus marquantes, que :

- . la présence d'une tradition de concertation dans la région, la présidence du comité tripartite assumée par un membre du troisième tiers, la prise de décision en collégialité et l'octroi de budgets par des protocoles d'ententes ou encore accompagné d'objectifs de résultats, seraient, au dire de certaines régies et de certains comités tripartites, des éléments qui auraient contribué à faciliter la démarche de partenariat en région;
- . les régies régionales et leurs partenaires des comités tripartites travaillaient souvent au début dans un contexte où prévalaient des attitudes corporatistes, de la polarisation et des tensions, chacun ayant sa propre compréhension du mandat ou arrivant avec son propre projet. Particulièrement présentes entre le milieu institutionnel et le milieu communautaire, ces tensions auraient été plus vives lors de la répartition des budgets, amenant même un représentant de comité tripartite à dire « qu'il eût été plus à propos de procéder aux réallocations avant l'injection de nouvelles sommes d'argent ». À cet effet, une région a effectivement opté pour le report des discussions d'ordre budgétaire à la fin de la réalisation de son PROS, geste qui aurait été bénéfique à la fois pour le climat et pour la tâche à accomplir;
- . plusieurs porte-parole des régies régionales estiment qu'il n'est pas facile de maintenir la concertation dans un contexte de réallocation budgétaire ou dans un contexte où les budgets sont octroyés sans flexibilité. De plus, une régie considère que le Ministère a une certaine part de responsabilité dans les difficultés rencontrées dans sa région parce qu'il se serait immiscé de différentes façons dans ses démarches. Selon quelques-uns de nos répondants et répondantes des régies régionales, ces agissements du Ministère auraient pour effet de les discréditer auprès de leurs partenaires et de démobiliser ces derniers en freinant ou en brisant le momentum des actions envisagées. D'autres estiment également que le soutien du Ministère aurait été minime sur des questions relevant expressément de sa responsabilité (ex. : l'intersectorialité, les réallocations interrégionales, les services spécialisés et ultraspecialisés). Cependant, d'autres régies régionales considèrent au contraire que l'arbitrage du Ministère a été bénéfique pour dénouer certaines impasses;

- les compressions budgétaires auraient eu, au dire de plusieurs intervenants et de plusieurs membres des comités tripartites et des organismes communautaires, un effet direct sur le partenariat, parce qu'agissant sur des règles du jeu déjà fragiles. Certains faits sont rapportés à ce propos : des décisions qui auraient été parachutées du Ministère sans consultation, le report de décisions prises en matière de réallocation, les « jeux de coulisses », les « coudées pas toujours franches » lors du partage de l'argent, la « double structure » dans la prise de décision régionale, bref un ensemble de faits et gestes jugés peu conformes à l'esprit du partenariat et rendant d'autant plus difficile la concertation.

Les appréciations et les suggestions sur les acquis du partenariat régional et ses perspectives d'avenir

Malgré les difficultés que comporte l'exercice du partenariat, la grande majorité de celles et ceux qui en ont vécu l'expérience s'accordent à dire qu'il est aussi porteur de bénéfices, comme il s'avère une réalité incontournable dans un contexte de décentralisation et d'intervention souhaitée sur les déterminants de la santé. Soulignons qu'ici aussi notre analyse s'est effectuée globalement plutôt que par catégorie d'acteurs.

Sur le plan des bénéfices, le tripartisme est perçu comme « un gain et une richesse à conserver qui ont permis d'apprendre à travailler ensemble, à se concerter et à se centrer davantage sur les besoins de la clientèle ». La majeure partie des partenaires estiment aussi qu'il a été bénéfique pour les organismes communautaires, et ce, même s'il reste encore beaucoup à faire. Dans quelques régions, on note des rapprochements sensibles entre les différents acteurs, les tensions du début ayant fait place à un climat plus serein qui facilite l'exercice démocratique des débats et améliore l'efficacité de la concertation et de la prise de décision. Enfin, même s'il demeure difficile à vivre dans certaines régions, le partenariat constitue, pour la forte majorité, une expérience qualifiée d'enrichissante, novatrice et nécessaire qu'il convient de maintenir et de prolonger aux niveaux sous-régional et local. À cet effet, plusieurs membres de comités tripartites ont souligné que le travail en partenariat sur une base locale était aussi, sinon plus stimulant et profitable que l'expérience de partenariat régional.

Cependant, dire oui à la décentralisation et au partenariat est une chose; s'entendre sur la forme que ce partenariat peut prendre à l'avenir en est une autre. Dans le cadre de la Politique de santé mentale, la prescription à l'égard du partenariat était assez explicite et les régies régionales s'y sont pour la majorité conformées dès le départ. Les partenariats régionaux ont ainsi pris forme dans des comités tripartites à représentation égalitaire, certains étant directement rattachés au conseil d'administration de la régie régionale, d'autres à sa direction.

Selon les organismes communautaires, le partenariat à représentation égalitaire et son rattachement au conseil d'administration de la régie régionale doivent demeurer et être enrichis des conditions facilitant leur pleine participation (reconnaissance; financement; rythme des travaux et respect des échéanciers; documentation et information acheminées à l'avance). Mentionnons que ces milieux militent également en faveur de la représentation des usagers et usagères au sein des comités tripartites.

Sans se prononcer explicitement sur la forme que devrait prendre le tripartisme, des porte-parole

d'associations d'établissements et des intervenants sont pour leur part d'avis que ce mécanisme est toujours approprié à l'actualisation des virages prônés par la Politique de santé mentale, pour autant que le leadership y soit clair et objectif, que l'action y prédomine et soit orientée vers la recherche de solutions optimales, et qu'à cette fin, on adopte des modalités de fonctionnement efficaces et propices à la concertation.

Du côté des membres des comités tripartites, on penche aussi en faveur du maintien de la même formule, certains endossant les conditions formulées par les gens du secteur communautaire, d'autres favorisant l'établissement de règles du jeu plus transparentes (rôles des acteurs; modes de décision; rythme des rencontres; etc.) ainsi que la présence des usagers et de leurs proches au sein des comités tripartites.

Depuis la mise en vigueur de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et le lancement de la Politique de la santé et du bien-être, plusieurs régies régionales ont revu leur structure d'organisation et procédé à une remise en question de leurs mécanismes de consultation.

Pour certaines d'entre elles, l'approche multisectorielle préconisée par la Politique de la santé et du bien-être passe par la constitution de comités territoriaux, tantôt calqués sur les territoires de CLSC, tantôt sur ceux des municipalités régionales de comté (MRC), l'ensemble des problématiques y étant examinées aux fins de la planification et de l'organisation des services. On y prévoit généralement le maintien du comité tripartite régional en santé mentale, son rôle étant de conseiller la direction de la régie régionale, en certains cas le conseil d'administration, sur les propositions issues des comités territoriaux et autres sujets touchant le secteur de la santé mentale.

Dans d'autres régions, où les structures de consultation sont aussi modelées sur la configuration territoriale des CLSC ou des MRC, mais où l'approche demeure sectorielle, les régies régionales visent la consolidation ou le développement de comités locaux ou sous-régionaux en santé mentale avec une représentation de leurs membres au comité tripartite régional, celui-ci relevant tantôt du conseil d'administration, tantôt de la régie régionale.

Dans les deux cas, on entend assurer la représentation des trois tiers prévus au comité tripartite, mais pas nécessairement de façon égalitaire. Plusieurs régies comptent en effet mettre l'accent sur la participation du troisième tiers, estimant que la collaboration des autres secteurs de la communauté est désormais essentielle à toute planification et organisation de services qui entend s'inspirer de la Politique de la santé et du bien-être.

Enfin, deux régies seulement ont manifesté des réserves quant à l'efficacité du tripartisme. Chez celles-ci, on est à la recherche de formules dites plus « souples » qui mettraient davantage à contribution les « décideurs de terrain » et s'inséreraient de façon plus harmonieuse dans la structure de gestion qu'est la régie régionale.

En conclusion, la Politique de santé mentale, rappelons-le, définit le partenariat comme une façon de faire où sont en jeu des attitudes nécessitant la présence des trois conditions suivantes : la reconnaissance du potentiel de chacun des partenaires; l'existence de rapports ouverts entre eux; l'adoption d'objectifs communs.

Les trois conditions ont souvent fait défaut et les difficultés rencontrées dans l'exercice des

partenariats régionaux invitent aujourd'hui à ajouter les conditions suivantes : la mise en place de mesures favorisant la pleine participation de l'ensemble des partenaires; l'adoption de règles du jeu transparentes régissant les modalités de fonctionnement et de prise de décision; l'exercice d'un leadership respectueux de ces règles; l'adoption et le respect d'un cadre de collaboration entre les instances régionales et provinciale.

S'approprier un mandat et s'entendre sur les modalités de sa réalisation constituaient en soi un défi de taille pour des partenaires peu habitués à collaborer ensemble. Aussi, toutes les personnes rencontrées s'accordent à dire que le « choc des cultures » a été grand et que les débuts ont été difficiles, quelques régions n'en étant pas encore pleinement sorties.

Les appréciations et les suggestions au regard du processus d'approbation des plans régionaux d'organisation de services (PROS) et de leur gestion

Globalement, et comme en témoignent les propos précédents, l'élaboration des PROS a été qualifiée d'expérience enrichissante à maints égards. Au dire de la majorité des personnes qui y ont participé, l'exercice fut l'occasion d'apprendre à travailler ensemble, à se centrer sur les besoins des personnes plutôt que sur les structures.

Toutes ou presque ont cependant déploré le peu de temps accordé à la réalisation de cette démarche de planification, eu égard au défi qu'elle représentait et compte tenu du temps mis au Ministère pour procéder à l'approbation des résultats.

L'approbation des PROS était l'exercice par lequel le partenariat, au sein du Ministère comme entre le Ministère et les régies régionales, pouvait prendre forme. Tel est l'esprit de la Politique qui, outre d'émettre des consignes claires sur le plan du contenu des PROS, invite à instituer des rapports de partenariat à chaque palier de décisions et entre chacun de ceux-ci.

Or, de l'avis de bon nombre de régies régionales comme d'une direction du Ministère, il semble que le « rendez-vous » n'ait pas eu lieu, l'approbation des PROS n'ayant pas débouché sur de nouvelles façons de faire.

Comme nous l'avons souligné précédemment, à l'exception de deux nouvelles régions, celles du Nord-du-Québec et de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, toutes les autres ont réalisé et déposé leur PROS au Ministère. À ce jour, deux régions ont vu leur PROS approuvé complètement, soit l'Outaouais et la Côte-Nord, les autres plans régionaux faisant toujours l'objet d'une approbation conditionnelle de la part du Ministère. Cette situation est source de mécontentement dans plusieurs régions, tout particulièrement de la part des régies régionales. On comprend mal en effet que, dans le cadre du partage des responsabilités entre le Ministère et les régies, les PROS soient toujours assujettis à des conditions dont on juge qu'elles relèvent des moyens, champ de compétence que nos interlocuteurs et interlocutrices estiment dévolu au palier régional.

Toute cette question de l'approbation des PROS est au coeur même des difficultés soulevées par les régies régionales dans leurs relations avec le Ministère et dont les effets, comme nous l'avons déjà mentionné, se seraient fait sentir jusque dans l'exercice des partenariats régionaux. De fait, les principaux reproches adressés au Ministère sur le sujet ont trait aux conditions et aux attitudes qui auraient prévalu tout au cours de l'exercice, ainsi qu'au long délai qui y aurait été consacré

comparativement à celui octroyé pour l'élaboration même des PROS. Il est vrai que la Politique n'était pas très explicite sur la façon dont le Ministère allait s'y prendre pour approuver les PROS, l'accent ayant surtout porté sur le contenu attendu.

Par ailleurs, en l'absence d'une approbation formelle de leur PROS, certaines régies estiment n'en être pas encore les véritables gestionnaires, puisqu'il s'agissait là de la condition préalable à l'obtention de ce mandat. Pour d'autres, la situation est perçue comme dérangeante sur le plan de la gestion et démobilisante aussi parfois pour les membres des comités tripartites.

Dans l'ensemble, toutefois, l'approbation « par étape » des PROS ne semble pas avoir empêché les régies de passer à l'action. La majorité ont en effet procédé à la mise en oeuvre de leur planification régionale, plusieurs d'entre elles étant même actuellement affairées à leur évaluation ou à leur révision.

Les propos recueillis auprès des responsables du Ministère ne permettent pas davantage d'élucider vraiment le problème soulevé ci-haut par les régies régionales. Cependant, de l'avis des Directions de la coordination régionale et de la planification, la collaboration interdirectionnelle au Ministère a été plutôt faible. À la Direction de la planification, on croit que la situation décrite précédemment serait en partie imputable au fait que « la Politique de santé mentale s'inscrivait dans une nouvelle génération de politique sociale qui ouvrait à la fois sur la santé et le social, les institutions et le communautaire, le traitement et la prévention, secteurs bien cloisonnés au Ministère jusqu'à ce jour ».

La Direction de la santé mentale, qui fut responsable quasi exclusivement du dossier de la santé mentale au Ministère jusqu'à tout récemment, estime que « les PROS furent une proposition de développement de services plutôt qu'une réelle planification de services ». De plus, selon les représentants et représentantes de cette direction, le contexte de restriction budgétaire qui allait suivre se prêtait mal à la réalisation des attentes exprimées dans les PROS, ce qui aurait créé des insatisfactions chez les acteurs régionaux. Par ailleurs, du côté de la Direction générale de la coordination régionale, on avoue avoir traité le dossier de la santé mentale comme un dossier parmi tant d'autres, ce qui aurait pu être différent dans un contexte de véritable partenariat ministériel. Il ressort de ces propos le constat d'une approche morcelée au Ministère, alors même que la Politique préconisait l'établissement de partenariats à tous les niveaux, y compris au Ministère.

Chose certaine, il est souhaité en région que le partenariat Ministère-régies régionales s'améliore. Les régies proposent à cet effet l'instauration de règles du jeu plus formelles et transparentes entre les deux instances et plus conformes également aux responsabilités dévolues à chacune dans le cadre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ainsi, selon elles, outre des balises destinées à encadrer l'élaboration et l'approbation des PROS sur le plan du contenu, des règles claires ayant trait au processus même de cette approbation devraient exister et émaner d'une démarche conjointe du Ministère et des régies régionales.

Notons que les suggestions de nos interlocuteurs et interlocutrices ainsi que les recommandations de notre comité concernant la décentralisation, qui devraient normalement prendre place ici, se retrouvent à la suite de la partie de notre rapport traitant du partenariat gouvernemental.

5.1.4 SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS DU COMITÉ

Les orientations de la Politique de santé mentale, comme par ailleurs la majeure partie des mesures qui y sont avancées, recueillent toujours, nous l'avons vu, la faveur des différents milieux consultés.

Toutefois, si beaucoup a été accompli jusqu'à maintenant, beaucoup reste aussi à faire pour que prenne véritablement forme le réseau intégré de services axé sur la personne et près des milieux de vie proposé dans cette politique.

Pour ce faire, le Comité est d'avis que le partenariat, à tous les niveaux, demeure le moyen à privilégier et n'hésite pas à faire siennes la plupart des suggestions émises à son sujet.

Le partenariat en région

Sur le plan régional, le Comité considère que la formule du tripartisme est à conserver et à enrichir de la participation des usagers, des usagères et de leurs proches.

De plus, pour que la décentralisation prenne véritablement tout son sens et préside aux choix régionaux, le Comité préconise l'extension du mandat des comités tripartites à l'ensemble de la démarche de planification et d'organisation des services, soit leur planification, leur mise en oeuvre, leur suivi, leur évaluation et leur mise à jour, ainsi que le rattachement de ce mandat à l'instance responsable et imputable de la prise de décisions en région.

Le Comité croit également que c'est en misant et en agissant sur les conditions de son exercice, que le partenariat régional donnera sa pleine mesure. Aussi recommande-t-il que le Ministère voit à ce que les régies régionales prennent les mesures nécessaires pour améliorer le fonctionnement des comités tripartites et assurent la pleine participation de leurs membres. À ce chapitre, le Comité retient l'ensemble des mesures proposées dans le cadre du présent exercice, soit :

- **l'adoption de règles du jeu régissant les discussions et la prise de décisions au sein des comités tripartites;**
- **l'exercice d'un leadership transparent et respectueux de ces règles;**
- **l'établissement de modalités d'accueil et de formation préparatoires à la participation aux comités;**

- . **la disponibilité complète de l'information et de la documentation, sous une forme accessible à tous et acheminées à l'intérieur de délais raisonnables;**
- . **l'octroi d'une aide financière pour favoriser la participation des milieux communautaires, des usagers et de leurs proches.**

En plus de témoigner de la maturité acquise et de l'enthousiasme toujours présent au sein des comités tripartites régionaux, le Comité est d'avis que l'ensemble des mesures qu'il propose ici au regard de leur mandat, de leur composition, de leur fonctionnement et de leur rattachement, sont également de nature à favoriser un plus grand engagement des membres et à renforcer chez eux le sentiment et la conviction d'être des agents de changement, plutôt que de simples consultants sur le devenir des services.

Le partenariat Ministère-régies régionales

À maints égards, le leadership du Ministère est toujours souhaité et requis dans un secteur aussi particulier et vulnérable que celui de la santé mentale. D'abord sur le plan des orientations ou des politiques qu'il se doit d'élaborer pour alimenter et soutenir les démarches régionales, mais également pour jouer pleinement son rôle en matière d'allocation des ressources et en tant que régulateur du système.

Pour assumer efficacement ces fonctions, le Ministère doit pouvoir disposer d'un ensemble de données et d'informations dont les régies sont aujourd'hui les principales dépositaires. En contrepartie, les régies régionales doivent pouvoir compter sur la disponibilité de l'ensemble des instruments nécessaires à l'exercice de leurs responsabilités.

Bref, l'exercice des rôles et des fonctions dévolus à chacune des instances repose sur des interactions constantes et des collaborations étroites qui ne peuvent toutes, *a priori*, être définies ou circonscrites à l'intérieur de mécanismes aussi précis qu'un plan d'imputabilité.

Néanmoins, le Comité est d'avis qu'une attention plus soutenue au regard de la priorisation et de la coordination des dossiers du secteur de la santé mentale au Ministère, de même que le recours plus systématique à la Conférence des régies comme mécanisme de liaison, sont des avenues à retenir et à exploiter afin d'en arriver à une meilleure conjugaison des efforts déployés à chacun des paliers.

Aux yeux du Comité, le partenariat entre le Ministère et les régies régionales doit s'exprimer sous deux principaux aspects : d'abord, dans leurs rapports associés à la reddition de comptes, à l'imputabilité; ensuite, dans les collaborations et les échanges nécessaires à l'exercice de leurs responsabilités respectives.

En matière d'imputabilité, le Comité retient la préoccupation exprimée par les régies à l'effet que les deux parties conviennent conjointement de ses balises et de ses modalités d'exercice, en fonction d'objectifs de résultats et dans le respect des rôles et des responsabilités dévolus à chacune.

Pour ce faire, le Comité recommande :

- **que le Ministère entreprenne une démarche systématisée et structurée de reddition de comptes conjointement avec la Conférence des régies régionales;**
- **qu'un plan d'imputabilité soit articulé sur les principaux paramètres suivants, soit : l'accès à la gamme essentielle de services, les modes d'organisation des services, les ressources humaines et financières, l'évaluation des résultats.**

5.2 LE PARTENARIAT GOUVERNEMENTAL

5.2.1 LES ÉLÉMENTS DE LA POLITIQUE

Alors que la décentralisation, selon la Politique de santé mentale, se veut un moyen de recentrer les services sur la personne, la constitution d'un partenariat gouvernemental doit, de son côté, conduire au meilleur arrimage des politiques sectorielles ayant un impact direct ou indirect sur la santé mentale des gens.

Sous le leadership du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'ensemble des ministères les plus concernés et désignés dans la Politique vont ainsi devoir agir conjointement et donner l'exemple d'un véritable partenariat et des possibilités offertes par une approche intersectorielle en vue d'améliorer :

- l'accessibilité aux services, la disponibilité et la répartition équitable des ressources nécessaires;
- le système de protection des personnes et de leurs droits;
- les conditions sociales et économiques favorisant le maintien et le développement de la santé mentale de la population.

Bref, l'intention de la Politique de santé mentale est d'établir les premiers jalons d'une véritable stratégie de concertation intersectorielle à l'échelle gouvernementale, afin d'en arriver à une meilleure harmonisation des politiques socio-économiques ayant des répercussions directes ou indirectes sur la santé mentale.

5.2.2 L'ÉTAT D'IMPLANTATION

Un consensus se dégage chez l'ensemble de nos interlocuteurs et interlocutrices au sujet du partenariat gouvernemental : il est à construire, exception faite de quelques efforts dans les secteurs de la justice et de l'éducation. Par ailleurs, le comité gouvernemental prévu à cet effet dans la Politique de santé mentale, lequel devait prendre forme sur l'initiative du Ministère, n'a pas vu le jour.

Voilà pourquoi, et même si certains progrès ont été observés du côté de la justice et de l'éducation, on estime que le Ministère n'a pas fait ses devoirs à ce chapitre, avis également partagé par certaines directions du Ministère. En l'absence d'ententes interministérielles devant émaner de ce comité, les arrimages avec d'autres secteurs en région se seraient avérés souvent difficiles à réaliser.

Pour terminer, mentionnons que dans toutes les régions, les personnes que nous avons rencontrées entendent mettre l'accent sur la prévention et la promotion ainsi que sur l'intersectorialité, comme le préconise la Politique de la santé et du bien-être. Plusieurs sont à revoir leur PROS dans cette perspective et comptent sur la contribution effective du Ministère pour leur faciliter la tâche en actualisant le partenariat au niveau gouvernemental, d'où découleraient des ententes intersectorielles qui trouveraient écho en région.

5.2.3 LES APPRÉCIATIONS ET LES SUGGESTIONS

Le partenariat s'étant peu concrétisé entre les différents ministères et organismes du gouvernement, les commentaires de nos interlocuteurs et interlocutrices ont surtout pris la forme de suggestions pour l'avenir. Ce sont surtout ces suggestions qui font l'objet de cette section.

Il faut également préciser que les suggestions des personnes consultées ont davantage porté sur leur propre expérience de partenariat local que sur le partenariat gouvernemental comme tel. Nous avons quand même tenu à inclure ces témoignages dans notre rapport étant donné leur grand intérêt. Ici aussi, dans un souci de cohérence, les commentaires n'ont pas été regroupés par catégorie d'acteurs.

Principalement issues du secteur de la santé mentale, la décentralisation et la volonté d'agir en partenariat, aux fins de la planification et de l'organisation des services en région, sont aujourd'hui des acquis inscrits dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

L'un comme l'autre de ces choix ne sont par ailleurs nullement remis en question par l'ensemble des personnes que nous avons rencontrées. Bien au contraire, toutes croient que ce cadre d'action est toujours approprié à la poursuite du virage prôné par la Politique de santé mentale, et qu'il constitue l'instrument adéquat pour toute démarche de planification et d'organisation des services qui entend assurer une réponse adaptée aux besoins des clientèles visées.

Certes, les porte-parole des diverses organisations divergent parfois d'opinion quant à la forme que peut prendre le partenariat en région, ou encore sur la place qu'il peut occuper et le rôle qu'il doit jouer au regard de la prise de décision. Ils estiment aussi qu'il convient d'en améliorer l'efficacité en agissant notamment sur les modalités de fonctionnement et les conditions de participation. On s'attend également à un appui concret du Ministère, dans le cadre de ses responsabilités comme de celles qu'il se doit d'exercer avec ses partenaires des autres ministères et organismes.

Bref, l'action en partenariat n'est pas facile, mais considérant ses fruits, personne aujourd'hui n'y renoncerait. C'est là le constat majeur qu'on peut tirer de l'ensemble des propos relatés précédemment, lesquels traduisent une volonté ferme de faire en sorte que le partenariat en région

devienne ce qu'il doit être : un moyen de planifier et de décider ensemble des actions à poser pour assurer le mieux-être des personnes aux prises avec un problème de santé mentale.

Pour ce faire, plusieurs suggestions ont été émises. Nous avons choisi de les regrouper en fonction des thèmes qui ont été le plus fréquemment abordés et autour desquels se dégagent les plus larges consensus. Cette option est avant tout motivée par le souci d'éviter les redondances et nous espérons qu'elle saura aussi demeurer fidèle à l'esprit des propos livrés par les différents groupes d'acteurs consultés.

Le maintien du tripartisme régional et son ouverture à la participation des usagers, des usagères et de leurs proches

Sous ce thème, on retrouve une préoccupation principalement partagée par les milieux communautaires et les comités tripartites, au regard de l'avenir du tripartisme régional.

Pour ces partenaires, la formule du tripartisme à composition égalitaire avancée dans la Politique doit demeurer, ou reprendre vie dans les quelques régions qui s'en sont écartées. Sont aussi souhaités par ces groupes, le rattachement formel des comités tripartites au conseil d'administration des régies régionales, plutôt qu'à leur direction, ainsi que l'élargissement de leur mandat à l'implantation, l'évaluation et la révision des plans d'organisation de services.

Le maintien du tripartisme régional est une intention également exprimée par la majorité des régies régionales. La forme qu'elles entendent lui donner, tout comme la place et le rôle qu'elles comptent lui attribuer, semblent emprunter des avenues qui ne satisfont pas l'ensemble des attentes exprimées par leurs partenaires des milieux communautaires et des comités tripartites. En effet, les formules déjà amorcées dans certaines régions indiquent que les régies misent sur l'élargissement de la participation à d'autres acteurs plutôt que sur une composition égalitaire, certaines étant favorables au rattachement avec leur conseil d'administration, d'autres non.

L'ouverture du tripartisme à la participation des usagers, des usagères et de leurs proches fait quant à elle consensus chez l'ensemble des personnes consultées.

L'amélioration des conditions d'exercice du partenariat

À ce chapitre, la majorité des personnes consultées s'accordent à dire qu'il y a lieu d'apporter des correctifs sur le plan des modalités de fonctionnement et des conditions de participation en vue d'améliorer l'efficacité du tripartisme.

Les suggestions sont principalement venues des membres des comités tripartites et des porte-parole des milieux communautaires, mais également des représentants et représentantes des établissements, des intervenants et intervenantes ainsi que des responsables des instances ministérielles.

Sur le plan des modalités de fonctionnement, les personnes rencontrées suggèrent l'établissement de règles du jeu plus formelles et plus transparentes pour mieux encadrer les discussions et la prise de décision. Elles demandent aussi aux régies d'exercer un leadership clair et objectif, soucieux de favoriser la participation et la concertation.

Pour assurer la participation pleine et entière de l'ensemble des membres des comités tripartites, plusieurs d'entre eux suggèrent que l'information et la documentation livrées par les régions le soient à l'intérieur de délais raisonnables et sous une forme accessible à tous. Nos interlocuteurs souhaitent également la tenue plus fréquente et régulière des réunions pour soutenir la mobilisation et consacrer aussi plus de temps aux débats de fond.

Pour les membres nouveaux ou peu familiers avec le réseau de la santé et des services sociaux, des modalités d'accueil ou des activités de formation préparatoires à leur participation au sein des comités tripartites sont demandées. Pensons ici principalement au troisième tiers, composé de représentants et représentantes de la communauté.

Enfin, les milieux communautaires s'attendent à ce que leur participation au tripartisme soit assortie d'une aide financière tangible. Ce geste serait, selon eux, une façon de reconnaître et d'appuyer, en toute équité, les efforts qu'exige leur participation par rapport aux moyens dont ils disposent sur le plan financier.

Le soutien attendu du Ministère en région et le partenariat souhaité entre le Ministère et les régions régionales

Les régions régionales nous ont abondamment entretenus de leurs rapports avec le Ministère. L'essentiel à en retenir ici est que l'esprit du partenariat ne semble pas avoir été toujours présent et qu'un revirement de situation est aujourd'hui recherché de part et d'autre.

Ceci étant dit, quelques suggestions nous ont été faites au regard du partenariat souhaité entre le Ministère et les régions, la plus importante et la plus globale aussi voulant que les deux parties conviennent conjointement des balises et des modalités de la reddition de comptes, en fonction d'objectifs de résultats, dans le respect des rôles et des responsabilités dévolus à chacune.

Le leadership du Ministère est souhaité par plusieurs partenaires des divers groupes consultés pour appuyer concrètement l'action des régions. Différentes pistes de travail ont été avancées et on s'attend à ce que le Ministère agisse dans ces domaines jugés de sa compétence. Figurent au menu proposé :

- . des orientations ou politiques sur des problématiques particulières au champ de la santé mentale ou qui se situent en périphérie de celui-ci, destinées à l'amélioration de leur prise en charge en région (ex. : jeunesse, personnes âgées, suicide, anorexie/boulimie, etc.);
- . des balises guidant la prestation des services spécialisés et ultraspecialisés, ainsi que le suivi des clientèles concernées, en vue de l'élaboration d'ententes interrégionales et de l'allocation des ressources (entre autres la spécification de champs de services suprarégionaux);
- . la clarification de certains concepts sous-jacents à l'organisation des services et au partage des responsabilités entre les différents dispensateurs (ex. : la responsabilité des services de base).

Bon nombre de ces préoccupations ont été reprises et traitées dans des chapitres précédents, ou encore font l'objet d'enjeux à considérer dans le cadre de la mise à jour de la Politique. Pour plus de détails sur ces dernières, les lectrices et les lecteurs sont invités à prendre connaissance de la troisième partie du bilan.

L'actualisation du partenariat gouvernemental

Dans toutes les régions et chez la grande majorité des différents groupes d'acteurs consultés, se dégage une nette préoccupation à l'égard de la nécessité d'aborder les problèmes dans leur globalité.

Pour appuyer leurs démarches, les partenaires régionaux du Ministère s'attendent donc à ce que prenne forme le partenariat gouvernemental prévu dans la Politique, et que les travaux débouchent sur des ententes intersectorielles qui feront exemple et faciliteront l'action en région, avec et dans les milieux de vie.

5.2.4 SYNTHÈSE ET RECOMMANDATION DU COMITÉ

Tout au long de ses consultations, le Comité a été à même de constater l'intérêt manifeste de l'ensemble des partenaires régionaux au regard de l'intersectorialité et l'émergence de pratiques concrètes en la matière.

Dans toutes les régions, on entend mettre davantage à contribution les autres secteurs de la société, en leur faisant une plus large place au sein des démarches de planification régionale et en les associant étroitement à des activités de promotion et de prévention.

Sans le soutien concret du palier central, réitérant le message clair de la Politique à l'effet que la santé mentale est l'affaire de tous, les initiatives régionales s'avèrent des entreprises difficiles à réaliser et à maintenir.

Eu égard au retard déjà pris à ce chapitre, le Comité recommande au Ministère de :

- **procéder dans les plus brefs délais à la mise sur pied du comité intersectoriel prévu dans la Politique de santé mentale, les ministères et organismes déjà désignés, de même que les sujets déjà inventoriés, étant toujours des plus pertinents.**

BILAN D'IMPLANTATION

DE LA POLITIQUE DE

SANTÉ
mentale



Enjeux additionnels à considérer

CHAPITRE 1

ENJEUX ADDITIONNELS À CONSIDÉRER

Les principaux résultats de ce bilan concernent avant tout l'implantation des moyens d'action mis de l'avant à l'intérieur de la Politique de santé mentale. Toutefois, différents enjeux additionnels ont émergé lors de nos différentes consultations. Nous en faisons mention dans cette section de notre rapport, étant donné leur importance pour plusieurs des personnes rencontrées.

De plus, sur certains sujets, notre comité s'est livré à un travail de réflexion et de discussion qui a été incorporé au matériel que nous avons recueilli lors de nos rencontres. Rappelons cependant le caractère embryonnaire de cet exercice, puisqu'au premier abord il ne fait pas l'objet de notre investigation.

Nous aborderons donc dans cette section les sujets suivants : la promotion et la prévention en santé mentale, les services aux jeunes de 0 à 17 ans, les services aux communautés culturelles, la sectorisation géographique des services psychiatriques, la santé mentale et les femmes, la santé mentale et les personnes âgées, la Loi sur la protection du malade mental.

1.1 LA PROMOTION ET LA PRÉVENTION EN SANTÉ MENTALE

Un développement à assurer

La Politique de santé mentale porte surtout sur l'encadrement et la coordination des services aux personnes aux prises avec un problème de santé mentale. Il y est cependant proposé de poursuivre la réflexion pour que le Québec dispose d'une politique globale de santé mentale, où un équilibre serait assuré entre les efforts consentis pour la promotion de la santé mentale et la prévention et ceux concernant les ressources consacrées au traitement et à la réadaptation.

Pour ce faire, de nouvelles connaissances devaient être acquises sur l'état de santé mentale des individus et des populations ainsi que sur les façons de l'améliorer. Des recherches sur différents sujets étaient alors proposées. Le Comité de la santé mentale du Québec fut mandaté pour étudier plusieurs thèmes portant sur des problématiques collectives. D'ailleurs, différentes publications du Comité illustrèrent l'impact sur la santé mentale des conditions de vie précaires et de certaines situations vécues. Il y était également démontré que les solutions commandent d'agir avec et pour la population, particulièrement celle à risque.

Par conséquent, il semble de première importance que la Politique de santé mentale, qui sera prochainement mise à jour, développe le volet promotion et prévention pour permettre la réalisation et la multiplication d'actions concrètes en ce domaine.

Éléments qui ressortent de la consultation

Dans le cadre du bilan effectué, quelques réalisations concrètes en promotion de la santé mentale

et en prévention nous furent rapportées. Ce genre d'activités ne semble cependant pas faire partie du quotidien de la plupart des personnes consultées. Par contre, elles conviennent de l'importance à accorder à ce secteur sur une base continue et permanente.

Nous pouvons également retenir des témoignages entendus une foule de suggestions d'actions à réaliser. Mentionnons par exemple le souhait que la population soit mieux renseignée sur les déterminants de la santé mentale, sur la notion de maladie mentale, sur les effets négatifs de l'exclusion des membres de groupes minoritaires ou sur les conséquences de la violence sur la santé mentale des personnes qui en sont victimes. Il fut aussi souhaité lors de nos rencontres que des actions soient entreprises pour changer certaines des attitudes de différents intervenants et intervenantes ainsi que de la population envers les personnes atteintes de troubles mentaux ou à risque d'en développer.

Par ailleurs, certains groupes consultés ont insisté sur le fait que ces changements sociaux ne se réaliseront pas sans qu'on y mette les énergies nécessaires. Pour ce faire, dès à présent, l'Association canadienne de la santé mentale-Division du Québec a établi les grandes lignes d'action qu'elle veut réaliser avec plus de ressources financières et le concours des directions régionales de la santé publique. De son côté, la Direction générale de la santé publique du MSSS propose que les programmes en santé mentale se situent davantage en amont des problèmes et dans l'action communautaire; elle souhaite qu'une approche populationnelle soit soutenue par un système efficace de connaissance et un suivi des actions entreprises.

Une politique de santé mentale en accord avec la Politique de la santé et du bien-être

Selon certaines personnes que nous rencontrées, la nouvelle Politique de santé mentale sera appelée à faire sienne la recommandation de la Politique de la santé et du bien-être d'accentuer les activités de promotion et de prévention pour tous les citoyens et citoyennes, particulièrement dans les groupes les plus vulnérables, de façon complémentaire avec les services à assurer aux personnes en difficulté et à leurs proches.

Cette accentuation suppose un appel à différents acteurs de la société en vue de favoriser, dans leurs champs d'intervention respectifs, les conditions les plus propices à la santé ou d'entreprendre des programmes éducatifs, de stimulation des enfants, de soutien parental ou d'action communautaire dans les garderies, les écoles, les municipalités, surtout des milieux défavorisés.

Il faut viser à ce que les conditions et les modes de vie de chaque personne correspondent aux droits que nous lui reconnaissons au respect, à l'instruction, au travail et à une vie décente.

Bien que de nombreuses actions s'apparentent à celles de la Politique de la santé et du bien-être, il est souhaitable, selon nous, qu'elles soient spécifiquement reprises dans la Politique de santé mentale. Dans cette perspective, le ministère de la Santé et des Services sociaux a un rôle décisif à jouer. Il doit suivre les données sur l'état de santé de la population et les faire connaître. Il lui faut également préciser des orientations en conséquence et faire connaître les moyens qu'il entend prendre pour actualiser ces orientations. Il doit de plus convier les autres ministères et instances nationales à la mise sur pied de programmes ayant un impact positif sur le renforcement du potentiel des personnes et sur leur santé mentale. Les régies régionales de la santé et des services

sociaux ont des responsabilités similaires sur le plan régional. Elles doivent faire connaître la situation régionale et coordonner les actions requises. Les CLSC, les municipalités et les organismes communautaires ont un rôle d'innovation à poursuivre sur le plan local.

Enfin, mentionnons que certaines des personnes consultées ont apprécié le fait de retrouver la promotion et la prévention dans la gamme essentielle de services de la Politique de santé mentale, ce qui a le mérite de ne pas faire oublier leur importance. Par ailleurs, il est impératif selon elles que le nouveau document sur la Politique de santé mentale soit présenté de façon à mieux rendre compte des objectifs à poursuivre et des actions à entreprendre pour le développement et le maintien de la santé mentale de l'ensemble de la population.

Synthèse et recommandation du Comité

Plusieurs des personnes rencontrées lors de notre bilan nous confirment que la promotion de la santé et la prévention sont encore embryonnaires dans le secteur de la santé mentale. Il faut cependant mentionner que certaines initiatives intéressantes, mais limitées dans le temps, ont été mises de l'avant dans différentes régions et localités du Québec.

En fait, tant en santé mentale que dans les autres secteurs d'intervention, nous assistons de toutes parts à une montée de la pression en faveur de la promotion de la santé et de la prévention qu'il faut mettre à profit, afin d'en tirer le maximum pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

En tenant compte des différents commentaires qu'il a recueillis sur le sujet ainsi que de sa réflexion, notre comité recommande :

- **que dans la démarche de mise à jour de la Politique de santé mentale du Ministère, soient dégagées des orientations, définies les actions qui en découlent, énoncés des engagements pour en faciliter la réalisation, et établis les résultats à attendre des milieux concernés.**

1.2 LES SERVICES AUX JEUNES DE 0 À 17 ANS

Plusieurs personnes que nous avons rencontrées lors de notre consultation ont mentionné que la Politique de santé mentale est une politique de services destinée essentiellement aux adultes. Cette remarque est certes fondée dans la mesure où on n'y trouve que très peu de constats ou de pistes d'action qui concernent spécifiquement les jeunes en difficulté et leur famille.

Au-delà du problème d'une conception généralement trop restrictive de la santé mentale des jeunes, conception qui se rapporte au seul champ des troubles mentaux ou de la pédopsychiatrie, nos interlocuteurs et interlocutrices ont été à même de dresser deux constats importants.

En premier lieu, les services destinés aux jeunes en difficulté et à leur famille sont encore trop souvent cloisonnés, fragmentés entre les divers secteurs de services : mésadaptation, déficience intellectuelle, santé physique, services pédopsychiatriques, services sociaux, milieu scolaire, services communautaires. De plus, le manque de concertation entre ces différents secteurs de services peut mener à des réponses mal adaptées aux besoins des enfants, des jeunes et de leur

famille. On est loin de la notion de guichet unique pour l'ensemble des services à l'enfance et à la famille.

Le second constat rapporté par les personnes rencontrées au cours du bilan est qu'il y a un problème majeur dans la répartition des ressources. Alors que certains établissements et certaines régions se taillent la part du lion, d'autres établissements, les organismes communautaires et, globalement, plusieurs régions du Québec sont en situation de pénurie de ressources alarmante. Il existe aussi un déséquilibre des investissements entre les différents champs de la gamme des services : l'information, la promotion et la prévention ainsi que le répit aux familles font figure de parents pauvres, tandis que les interventions de première et de deuxième ligne sont souvent l'objet de délais inacceptables dont les conséquences peuvent être dramatiques, même si les enfants crient moins fort que les adultes.

Synthèse et recommandation du Comité

Les différents témoignages que nous avons recueillis portent surtout sur les lacunes observables dans l'organisation des services aux jeunes. En conséquence, dans la mise à jour de la Politique de santé mentale, il faudrait tenir compte de ces importantes constatations qui appellent toutes une meilleure organisation des services.

De plus, il faudrait aussi aborder la question des déterminants communs à plusieurs problèmes reliés à la santé mentale des jeunes (troubles du comportement, délinquance, alcoolisme, toxicomanie, suicide).

En conséquence, notre comité recommande :

- . **l'élaboration de règles équitables d'accès aux services, accompagnées de mécanismes d'action concertée ayant comme souci premier la promotion de la santé des jeunes.**

1.3 LES SERVICES AUX COMMUNAUTÉS CULTURELLES

Pour continuer de répondre aux grands objectifs de la Politique de santé mentale, le réseau de la santé et des services sociaux doit pouvoir s'adapter aux profonds changements démographiques qui ont transformé le Québec, et en particulier la région de Montréal, au cours des dernières années. Comme nous le rappellent nos interlocuteurs et interlocutrices, dans une société de plus en plus multiethnique comme la nôtre, il faudra accorder une attention particulière aux deux constats suivants.

Tout d'abord, soulignent-ils, le réseau des services de santé mentale a été conçu pour répondre aux besoins d'une population relativement homogène. La nouvelle réalité ethnoculturelle de la société québécoise confronte les intervenants et intervenantes oeuvrant en santé mentale, non seulement aux limites de leurs connaissances par rapport à la culture de ces diverses ethnies (il y en a plus d'une centaine dans la région du grand Montréal, parlant plus d'une centaine de langues), mais aussi et surtout peut-être, à l'inadéquation de leurs propres références culturelles et de leurs techniques d'intervention. Aussi l'arrimage des connaissances et des savoir-faire des communautés culturelles avec ceux d'ici est-il plus que jamais nécessaire si l'on veut en arriver à une véritable approche transculturelle, c'est-à-dire une approche qui soit autre qu'une simple domination d'une culture et de ses valeurs sur les autres.

Par ailleurs, seconde constatation des personnes rencontrées, il existe encore un grand nombre de barrières à l'accessibilité aux services, dont les plus évidentes sont d'ordre linguistique. Les membres des communautés culturelles ne bénéficient pas toujours d'une information adaptée sur les ressources disponibles; ils sont sous-représentés dans le réseau de la santé et des services sociaux; enfin, ils sont parfois encore victimes d'attitudes discriminatoires, particulièrement dans le cas des minorités visibles.

Synthèse et recommandation du Comité

Les commentaires que nous avons recueillis nous portent à affirmer qu'il serait approprié d'inclure dans la prochaine version de la Politique des constats et des mesures concernant directement la situation des communautés culturelles, tant en ce qui a trait à l'information et à l'accès aux services déjà existants, qu'en ce qui concerne leur transformation éventuelle, grâce à la formation des intervenants, vers une perspective transculturelle.

De plus, d'autres mesures visant à réduire les préjugés, comme des campagnes d'information, apparaissent encore nécessaires si l'on pense cette fois en fonction de la promotion de la santé mentale.

En d'autres termes, il nous semble nécessaire de recommander :

- **de mettre au point, dans la prochaine version de la Politique, un plan concerté d'action qui inclurait des mesures visant à la fois l'accessibilité des services et leur transformation, grâce à des activités de sensibilisation, d'information, de formation et de recherche sur la question des services aux communautés culturelles.**

1.4 LA SECTORISATION GÉOGRAPHIQUE DES SERVICES PSYCHIATRIQUES

La sectorisation géographique des services psychiatriques est apparue au Québec vers la fin des années 60, dans la foulée du premier mouvement de désinstitutionnalisation; elle suppose un accès limité aux services psychiatriques en fonction du lieu de résidence des bénéficiaires. Elle s'inspire des principes de la psychiatrie de secteur française et de certains travaux américains sur la psychiatrie communautaire visant à assurer l'accessibilité aux services, la continuité des soins et la « prise en charge » globale des personnes présentant des troubles mentaux sévères et persistants. Avec la régionalisation des services, la sectorisation s'est étendue à presque toutes

les régions du Québec comme mode d'organisation des services.

Au fil des ans, comme le rapportent certaines des personnes rencontrées, on lui a reproché d'être une mesure administrative autoritaire, sans fondement légal et potentiellement abusive en période de compression budgétaire, pouvant donner lieu à des mécanismes arbitraires de filtrage des clientèles et de cloisonnement des équipes de secteur. On lui a reproché également de ne pas respecter le principe du libre choix du médecin et du lieu de traitement par le patient ou la patiente et, inversement, du patient ou de la patiente par le médecin. On a dit de la psychiatrie de secteur qu'elle isolait la psychiatrie au sein du monde médical en en faisant une spécialité de première ligne, qu'elle représentait une force de nivellement et un obstacle à la recherche clinique.

En résumé, la sectorisation est aujourd'hui contestée de toutes parts et pour des motifs visiblement contradictoires. Relever et débattre chacune de ces accusations ne saurait se faire en quelques lignes. On oppose souvent à la psychiatrie de secteur l'émergence d'une psychiatrie soi-disant plus scientifique ayant comme pivot d'organisation des cliniques spécialisées (troubles bipolaires, schizophréniques) plus favorables à la recherche. Par ailleurs, certaines personnes estiment également qu'il y a de la place pour quelques cliniques spécialisées bien planifiées, dans une perspective de services régionaux ou même suprarégionaux. Mais cela ne devrait en rien annuler la psychiatrie de secteur, qui devrait être maintenue pour garantir l'accessibilité et la continuité des soins, quitte à en éliminer certains irritants administratifs. Il s'agit peut-être là d'ailleurs d'un mode d'organisation prometteur pour l'ensemble des services de santé. Quoi qu'il en soit, la prochaine version de la Politique de santé mentale devrait statuer là-dessus.

Synthèse et recommandations du Comité

La sectorisation géographique des services psychiatriques, si elle est mal comprise et appliquée à des fins qui ne sont pas les siennes, comporte des risques majeurs pour l'utilisateur ou l'utilisatrice, selon ce qu'en disent les personnes consultées, surtout en ce qui concerne son droit à choisir librement son médecin et le lieu de traitement qui lui est le plus accessible.

Notre comité estime donc qu'il faut revenir à l'objectif premier de la sectorisation, qui est de garantir un service continu à toute personne qui en a besoin. Ainsi, nous recommandons :

- . **de maintenir la sectorisation comme mode d'organisation administratif des services psychiatriques, tout en s'assurant du respect des droits des usagers et de la meilleure concordance possible avec les autres découpages territoriaux du secteur de la santé et des services sociaux.**

De plus, compte tenu de la forte opposition rencontrée dans le cadre de la consultation, nous recommandons :

- **d'examiner, dans le cadre de la mise à jour de la Politique de santé mentale, la pertinence et la nécessité des cliniques spécialisées en santé mentale, et ce, dans le respect des droits des usagers.**

1.5 LA SANTÉ MENTALE ET LES FEMMES

La Politique de santé mentale reconnaît la primauté de la personne comme orientation pouvant améliorer la santé mentale des individus. Toutefois, elle ne retient pas le sexe des personnes comme l'une des caractéristiques importantes pouvant influencer la santé mentale. En conséquence, elle s'est peu attardée à considérer les réalités et les besoins spécifiques vécus par les femmes et par les hommes.

Par ailleurs, parce qu'elle porte presque exclusivement sur une perspective curative plutôt que préventive, les personnes confrontées à des problèmes sociaux pouvant influencer leur état de santé psychique (isolement, violence, pauvreté, toxicomanie, divorce, conflit de rôles, etc.) ont reçu peu d'attention. Or, nous soulignent certains de nos interlocuteurs et interlocutrices, compte tenu de la perpétuation des inégalités sociales et économiques entre les sexes, il s'avère que plus de femmes que d'hommes sont touchées par ces difficultés.

Les connaissances acquises au cours des dernières années nous permettent d'établir que l'appartenance à un sexe est déterminante par rapport à la santé. À cet égard, la Politique de la santé et du bien-être reconnaît les rapports hommes-femmes comme l'un des déterminants de la santé et du bien-être. De son côté, la politique gouvernementale en matière de condition féminine s'inscrit dans la même volonté de contribuer à modifier les facteurs sociaux et culturels qui sont à l'origine des différences entre les sexes, de même qu'à poser les jalons d'une société plus équitable où les femmes pourront réaliser leur plein potentiel.

De plus, la socialisation des personnes et la division des rôles en fonction du sexe déterminent une position particulière dans l'organisation sociale et sous-tendent les rapports de pouvoir et de dépendance qui modulent les conditions de vie et les capacités d'agir de l'individu; ces éléments sont également reconnus comme ayant une influence sur la santé mentale des personnes.

Finalement, les personnes qui se sont intéressées à la question signalent que les hauts taux de détresse rencontrés chez les femmes, ainsi que les troubles psychiques vécus par ces dernières, résulteraient en grande partie de ces conditions sociales, économiques et culturelles, plutôt que d'une quelconque fragilité biologique ou psychologique des femmes.

Quelques données sur la santé psychologique des femmes

L'état de santé psychologique est influencé par l'environnement social et économique et est relié de multiples façons aux rapports entre les hommes et les femmes, aux conditions de vie des femmes en général et à celles propres à certains groupes particuliers. À cet égard, les femmes constituent un groupe particulièrement vulnérable. Leur situation sur le plan de la santé psychologique ne s'est pas améliorée et ressemble assez fidèlement à celle décrite il y a une dizaine

d'années.

En effet, selon l'enquête sociale et de santé québécoise 1992-1993, effectuée par Santé Québec, les femmes sont significativement plus nombreuses que les hommes (30 % comparativement à 22 %) à se retrouver au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique, et ce, en continuité avec les données de l'enquête précédente. L'écart se maintient à tous les âges; cependant, il est plus prononcé chez les jeunes de 15 à 24 ans (femmes : 40,8 %; hommes : 29,7 %) et chez les personnes âgées de 65 ans et plus (femmes : 20,0 %; hommes : 9,3 %).

Par ailleurs, les adolescentes de 15 à 19 ans (45,6 %), les femmes âgées de 25 à 44 ans, veuves, séparées ou divorcées (47 %), les femmes sans emploi (45 %), les mères monoparentales (46 %), présentent les plus hauts taux de détresse psychologique.

Soulignons également que les femmes souffriraient davantage de dépression majeure (2,0 % comparativement à 1,2 % chez les hommes) et de troubles anxieux (phobies, anxiétés). En conséquence, elles consomment deux fois plus de médicaments que les hommes et se voient prescrire deux fois plus de tranquillisants qu'eux.

Les facteurs explicatifs

Les rapports hommes-femmes, la division sexuelle des rôles et la socialisation stéréotypée qui en découlent, ainsi que certaines conditions de vie préjudiciables, demeurent les principaux facteurs de fragilisation de la santé mentale des femmes.

Au cours des dernières années, les rôles et les rapports entre les hommes et les femmes ont évolué vers une plus grande équité et une plus grande justice, notamment en ce qui concerne l'accès à la vie publique (éducation, marché du travail rémunéré, vie politique), accompagnées de changements de certaines législations (reconnaissance du caractère criminel de la violence conjugale, Loi sur le patrimoine familial). Cependant, il n'en demeure pas moins que les femmes continuent à assumer la plus grande partie des tâches et responsabilités inhérentes à l'éducation, au bien-être et aux soins à apporter aux enfants, ainsi qu'aux adultes ou aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Bien que les femmes interrogées lors de différentes recherches sur le sujet disent retirer de grandes satisfactions de ces rôles, elles vivent en état de surcharge physique, mentale et psychique quasi permanent. Dans l'exercice de ceux-ci, elles sont souvent confrontées à l'isolement, aux conflits travail-famille, à la culpabilisation ou à la peur, pour certaines, de se voir retirer la garde de leurs enfants à des moments difficiles de leur existence.

Surtout, nous rapporte le comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes, l'absence encore marquée des hommes dans la sphère privée et l'absence de soutien et de répit (garderies, organisation du travail qui fait une place à la vie familiale, tant pour les femmes que pour les hommes) perpétuent la non-reconnaissance sociale et économique de ces rôles, reconnaissance essentielle à un partage plus équitable et à un mieux-être psychique.

Par ailleurs, l'évolution des rapports hommes-femmes provoque un tiraillement entre nouveaux

et anciens modèles qui influence l'identité de chacune et chacun. Ces changements doivent être pris en compte lorsqu'il est question de santé mentale, tant au point de vue des facteurs de fragilisation qu'à celui des facteurs de protection. Selon certaines des personnes rencontrées, les acquis sont précieux bien qu'ils demeurent fragiles. Différentes recherches ont révélé, entre autres, que la présence des femmes sur le marché du travail est un facteur de protection de la santé mentale de ces dernières et de leurs enfants.

D'un autre côté, plusieurs conditions sociales et économiques difficiles perdurent : la violence, les conflits engendrés lors d'une séparation ou d'un divorce, la précarité de l'emploi, le chômage, les reculs dans les programmes sociaux, la pauvreté, sont autant de facteurs qui accentuent la détresse chez les femmes.

Les femmes sont également les principales victimes de la violence sexuelle et conjugale. Au dire des personnes rencontrées qui se sont penchées sur la question, la violence subie par les femmes demeure une source majeure de souffrance psychologique. Elles nous soulignent qu'un grand nombre parmi les femmes qui consultent en psychiatrie ont été victimes de violence sexuelle dans l'enfance ou à l'âge adulte (ou les deux) et que plusieurs ont été ou sont victimes de violence conjugale.

Compte tenu de leur arrivée plus récente sur le marché du travail et du fait qu'elles occupent majoritairement des emplois dans des secteurs mal rémunérés et des postes à temps partiel, les femmes sont, avec les jeunes, le groupe le plus vulnérable au chômage et à la précarité de l'emploi. Par conséquent, elles sont également plus nombreuses à retirer des prestations d'aide sociale et les reculs actuels les touchent particulièrement.

Par ailleurs, l'enquête de Santé Québec révèle qu'entre 1987 et 1992-1993, il y a eu une augmentation importante des familles monoparentales (14 % à 18 %). Elle constate également que les femmes ont la responsabilité de 86 % des familles monoparentales. Cette situation fait que plusieurs d'entre elles rencontrent différentes difficultés pouvant affecter leur santé mentale. En effet, ce n'est pas la monoparentalité en soi qui nuit au bien-être des femmes, mais bien la pauvreté chez les jeunes mères célibataires, l'appauvrissement des femmes en rupture d'union, la perte d'un réseau social, les motifs du divorce (violence, absence du père) et les arrangements post-divorce.

Enfin, mentionnons que l'actuelle transformation du réseau sociosanitaire et la volonté d'intégration sociale des personnes présentant des problèmes de santé mentale, ajoutées au maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées, inquiètent plusieurs des personnes rencontrées lors du bilan quant à la surcharge imposée aux familles en général et aux femmes en particulier.

Les services offerts aux femmes et les approches thérapeutiques

Selon certaines des personnes que nous avons rencontrées, les ressources disponibles en santé mentale pour les femmes sont à peu près inexistantes. Entre l'urgence psychiatrique et les ressources alternatives et communautaires en santé mentale, il y a peu de recours pour les femmes dont l'état de santé psychologique nécessite une intervention immédiate, surtout lorsqu'elles ont la charge de leurs enfants.

D'une part, des intervenantes de cliniques externes et de centres de crise nous disent être en mesure de répondre à la crise, mais non aux besoins des femmes : soins des enfants, isolement, milieu familial violent, pauvreté. Elles doivent diriger les femmes vers d'autres intervenants et intervenantes à cause d'un manque chronique de ressources.

D'autre part, la majorité des groupes de femmes, dont les rôles et les mandats se situent davantage en prévention, entraide, soutien ou intervention spécifique en violence sexuelle ou conjugale, n'ont pas les ressources nécessaires pour répondre à l'épisode de crise psychique vécu par certaines femmes. Pourtant, ces dernières sont de plus en plus nombreuses à frapper à leur porte lorsque la crise survient après qu'elles se soient adressées ailleurs. Au dire de nos interlocuteurs et interlocutrices, le manque de coordination et de concertation entre les ressources fait en sorte que la gamme essentielle de services n'est pas complète et bien harmonisée.

Par ailleurs, parce que les groupes de femmes agissent davantage sur les conditions de maintien et d'amélioration de la santé psychologique des femmes, il faut rappeler l'importance de les reconnaître comme partenaires dans la prévention en matière de santé mentale des femmes, et les inviter à collaborer. Plusieurs des personnes rencontrées reconnaissent que l'expertise acquise en cette matière par les groupes de femmes est porteuse de résultats dont le réseau pourrait s'inspirer.

De plus, la question des approches thérapeutiques devra faire l'objet d'une attention particulière. On constate que l'approche médicamenteuse est davantage le lot des femmes. Selon l'enquête sociale et de santé 1992-1993, elles se voient prescrire, tous âges confondus, deux fois plus de tranquillisants que les hommes (6 % comparativement à 3 %).

Enfin, on remarque que dans les modes de pratique, il y a souvent tendance à ramener les problèmes vécus par les femmes à des problèmes intrapsychiques, plutôt que de percevoir l'influence de la socialisation des femmes et de leurs conditions de vie sur ceux-ci. Cela a pour effet d'isoler davantage les femmes et d'accentuer la perte d'estime de soi.

Synthèse et recommandations du Comité

L'appartenance à l'un ou l'autre sexe détermine une position particulière dans l'organisation sociale et sous-tend les rapports de pouvoir et de dépendance qui modulent les conditions de vie, les rôles et les capacités d'agir de l'individu. La Politique de santé mentale n'a pas pris en considération cet aspect, ni reconnu les rôles et les conditions de vie pouvant influencer la santé mentale des femmes et des hommes.

Bien qu'il y ait évolution des rôles et des rapports entre les hommes et les femmes vers plus d'équité et de justice, des inégalités persistent et affectent la santé mentale des femmes.

En effet, l'accroissement de la violence, de la pauvreté, du double emploi chez les femmes, l'absence encore trop marquée des hommes dans le domaine de la vie privée et la dégradation du tissu social augmentent significativement la détresse psychologique des femmes.

De plus, l'absence de soins et de services adaptés aux besoins et aux réalités spécifiques des femmes, ainsi que la présence d'approches thérapeutiques qui maintiennent la dépendance des femmes, telles la prise en charge institutionnelle et la surmédication, nuisent au recouvrement de leur santé psychologique.

Par ailleurs, des ressources communautaires existent déjà et elles ont mis au point une approche qui tient compte de la globalité du vécu des femmes. Il est important de reconnaître ces ressources et de les associer notamment aux efforts de prévention en santé mentale des femmes.

Devant tous ces constats, notre comité considère que, après sa mise à jour, la Politique de santé mentale devrait :

- . **à l'instar de la Politique de la santé et du bien-être, reconnaître le sexe des personnes comme une caractéristique majeure de l'individu ayant ses propres particularités au regard de la santé mentale, et ce, à tous les âges de la vie;**
- . **procéder à une analyse différenciée entre les sexes qui tienne compte non seulement des données ventilées selon le sexe, mais aussi de la nature des relations entre les hommes et les femmes, des réalités sociales des deux groupes, de leurs attentes et de leurs conditions de vie, et ce, pour tous les âges de la vie;**
- . **s'assurer que les services et les soins offerts aux femmes soient adaptés en fonction des véritables besoins, des réalités et des conditions de vie de celles-ci, notamment les conditions socio-économiques et les rapports égalitaires entre les hommes et les femmes;**
- . **favoriser une formation mieux adaptée aux réalités des femmes, des mécanismes de décision assurant leur participation et l'évaluation des effets de la transformation du réseau sociosanitaire sur les aidantes et aidants naturels.**

1.6 LA SANTÉ MENTALE ET LES PERSONNES ÂGÉES

Selon les personnes rencontrées lors du bilan qui ont témoigné à ce sujet, la Politique de santé mentale tient peu compte de la réalité des personnes âgées de plus de 65 ans, tant du point de vue des troubles psychiques qui caractérisent cet âge que du point de vue des conditions sociales susceptibles d'influencer leur santé mentale.

Il se dégage des propos recueillis que divers facteurs doivent être considérés dans le phénomène du vieillissement de la personne, soit l'augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans, l'augmentation de la longévité après 65 ans et l'accroissement du nombre de femmes au

fur et à mesure de l'avancée en âge (dû au taux plus élevé de mortalité chez les hommes). En effet, aujourd'hui, 75 % des Québécois et 87 % des Québécoises vivent 65 ans ou plus¹⁵. De plus, en 2031, on prévoit qu'il y aura 65 hommes pour 100 femmes¹⁶.

Par ailleurs, pour nos interlocuteurs et interlocutrices, certains constats s'imposent lorsqu'il est question de la santé mentale de la population vieillissante. Au dire de plusieurs, toute une mystique entoure la vieillesse et le domaine des représentations à cet égard est générateur d'exclusion, de tabous, de préjugés et de refus. Ceux-ci peuvent engendrer une perte d'identité chez les personnes vieillissantes et concourir à affaiblir leur estime d'elles-mêmes. Selon Brault, l'exclusion et la marginalisation dont elles sont victimes se manifestent de différentes manières allant de l'âgisme à la ségrégation résidentielle, de la violence au rejet des signes visibles de vieillissement.

L'exclusion de la vieillesse

D'une part, alors qu'un grand nombre de personnes âgées sont en bonne santé et demeurent socialement actives suivant leur rythme et selon leurs intérêts, elles sont présentées comme étant un fardeau fiscal et social. Plutôt que de considérer leur apport à la vie collective et de les inviter à en définir certains paramètres, dès 65 ans ces personnes se voient pour la majorité interdire le marché du travail et seule leur participation au domaine des loisirs et à celui de la consommation est prise en compte. De plus, la perception selon laquelle les personnes âgées représentent un groupe homogène, sans égard aux affinités, au sexe ou à leurs ressources, est encore répandue.

Or, de l'avis du Comité de la santé mentale du Québec, cette croyance va totalement à l'encontre de la réalité. En effet, selon lui, au fur et à mesure qu'il avance en âge, l'être humain devient de plus en plus différencié et unique¹⁷.

D'autre part, selon Brault, 15 % des personnes de plus de 65 ans subissent une certaine ségrégation résidentielle sous une forme ou sous une autre : les habitations à loyer modique, les résidences privées pour personnes âgées, et, pour les personnes qui requièrent des services et des soins particuliers, la vie en institution ajoutent à l'isolement et à la négation de leur individualité, même dans les meilleures conditions de soins et de respect. De plus, la violence vécue par certaines personnes âgées, que ce soit au sein de la famille ou dans les institutions, allant de l'abus de confiance aux sévices corporels, constitue une source de stress et de rejet extrême générant la peur, l'angoisse et certains troubles psychiques plus sévères. Enfin, les signes visibles de vieillissement étant rejetés, particulièrement chez les femmes, il s'ensuit que les personnes vieillissantes utilisent diverses stratégies pour camoufler leur âge pouvant parfois nuire à leur santé physique (opérations esthétiques de toutes sortes) ou leur santé mentale (stratégie de retrait social).

15. Marie-Marthe Brault, « L'exclusion de la vieillesse » dans *Traité des problèmes sociaux*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1994, p. 697-710.

16. Louise Guyon, *Derrière les apparences : Santé et conditions de vie des femmes*, Québec, Les Publications du Québec, 1996, 360 p.

17. R. Champagne et al., *La vieillesse : voie d'évitement... ou voie d'avenir ? Le vieillissement et la santé mentale*, Boucherville, Gaëtan Morin, 1992, 138 p.

Les conditions de vie des personnes âgées

Certaines conditions de vie jouent également un rôle important dans l'équilibre psychique des personnes âgées; ce groupe d'âge est particulièrement vulnérable à l'isolement et à la pauvreté. Selon l'enquête sociale et de santé québécoise 1992-1993, 40 % des femmes âgées de 65 ans et plus et 19 % des hommes du même âge vivent seuls parce que ces personnes sont soit séparées, divorcées, veuves ou célibataires.

Également, selon la même enquête, 38 % des femmes et 27 % des hommes de 65 ans et plus sont pauvres ou très pauvres. Pour sa part, le Conseil national du bien-être en arrive à la conclusion que 34 % des Québécoises et 21 % des Québécois de ce groupe d'âge sont dans cette situation, les taux grimpant à 47 % chez les femmes seules et à 32 % chez les hommes seuls.

Les réponses aux besoins des personnes âgées

La santé des personnes âgées ainsi que les façons dont le système de santé répond à leur besoins physiques et psychologiques viennent influencer également leur santé psychique. Des problèmes majeurs ont été relevés par certaines personnes rencontrées lors du bilan. Elles ont davantage insisté sur la surmédication chez les personnes âgées, qui, selon Santé Québec, demeure toujours plus élevée chez les femmes (76 %), bien qu'elle prenne des proportions alarmantes chez les hommes (64 %) également.

C'est la consommation de tranquillisants qui inquiète de façon particulière. Entre 65 et 74 ans, la proportion de femmes qui se voient prescrire ce type de médicament est de 19 % comparative-ment à 12 % chez les hommes, et elle augmente à 27 % chez les femmes âgées de 75 ans et plus, pendant que la consommation des hommes du même âge passe à 17 %. Or, les recherches des dernières années, selon Guyon, ont fait valoir que certains de ces médicaments pris trop longtemps ou de façon inappropriée peuvent aggraver des symptômes dépressifs existants ou même en provoquer qui s'apparentent à des états dépressifs.

Par ailleurs, toujours selon Guyon, les problèmes de santé mentale des personnes âgées sont rarement diagnostiqués et traités par des équipes spécialisées en santé mentale. D'une part, il semble qu'on tende à psychiatriser l'expression de certains comportements. D'autre part, des problèmes importants de dépression passeraient inaperçus.

De plus, signalons que lorsque les personnes âgées ont davantage besoin d'encadrement en raison de déficits cognitifs, de problèmes de comportement ou d'une perte d'autonomie fonctionnelle importante, les services de maintien à domicile ou l'hébergement sont les deux principaux services offerts. Pour nos interlocuteurs et interlocutrices, les premiers, bien qu'ils soient privilégiés, s'accompagnent encore de trop peu de mesures de soutien (information, formation, répit) adéquates pour les personnes soignantes.

Quant à l'hébergement, trop souvent il fait office de mouvoir pour les personnes âgées. Parfois, les conditions qui y prévalent perturbent la sécurité et la dignité de ces personnes et, par conséquent, leur sens d'elles-mêmes et leur bien-être psychologique. Selon certaines des personnes rencontrées lors du bilan, les principales conditions problématiques sont : la cohabitation de clientèles lucides et non lucides, l'abstraction de la personnalité globale de l'individu pour ne s'attacher

qu'à son statut de personne dépendante, l'organisation du travail davantage tributaire d'objectifs administratifs, plutôt que de l'identité et du rythme des personnes âgées, ainsi que certaines attitudes débilantes (infantilisation, contention psychologique, chimique ou proximale).

Synthèse et recommandations du Comité

Des propos de nos interlocuteurs et interlocutrices, nous retenons principalement que le vieillissement et les conditions de vie des personnes âgées sont des réalités négligées dans notre société dont la performance et la production sont les leitmotivs. Il s'ensuit un processus d'exclusion et de marginalisation qui ne tient pas compte de l'apport potentiel et réel des personnes âgées, malgré le nombre grandissant de celles-ci.

Par ailleurs, plus que pour tout autre groupe d'âge, certaines conditions de vie telles la pauvreté, l'isolement, la perte d'autonomie fonctionnelle ou cognitive, viennent affecter le bien-être psychologique des individus âgés. Des différences significatives affectent la vie des femmes et des hommes à ces égards. De plus, certaines réponses du système social et de santé (infantilisation, ségrégation résidentielle, violence, surmédication) ajoutent à la perte d'identité et d'estime de soi des personnes âgées.

En conséquence, notre comité croit que la Politique de santé mentale mise à jour devrait :

- . **établir des stratégies pour promouvoir la reconnaissance du vieillissement avec ses potentialités, ses qualités, et se pencher sur les besoins des personnes âgées et sur la nécessité de conditions de vie saines;**
- . **proposer des solutions de rechange à l'institutionnalisation et, lorsqu'il y a hébergement, s'assurer que la personne âgée soit considérée dans sa globalité d'individu et non seulement comme une personne dépendante;**
- . **prévoir des mesures de soutien aux aidantes et aidants naturels qui ont à accompagner des personnes âgées présentant des déficits cognitifs ou des troubles psychiques, en favorisant : le renforcement du tissu social (briser l'isolement), la création ou la consolidation de groupes de soutien et d'entraide, la mise sur pied d'équipes psychogériatriques mobiles.**

1.7 LA LOI SUR LA PROTECTION DU MALADE MENTAL

La Loi sur la protection du malade mental n'est pas, comme tel, un élément spécifique à la Politique de santé mentale. Toutefois, en raison de l'impact que cette loi a sur les droits des personnes, de l'intérêt manifesté par un certain nombre de personnes rencontrées, des dernières modifications au Code civil du Québec et au Code de procédure civile, de la nécessité pour le législateur de procéder à des ajustements à cette loi, et du fait que la promotion, le respect et la protection des droits constituent un gain majeur de la Politique de santé mentale, nous jugeons donc à propos d'aborder sommairement cette question qui fut débattue par plusieurs de nos interlocuteurs et interlocutrices.

Comme on l'a vu dans le présent document, la Politique de santé mentale souligne avec force les droits de la personne en rappelant leur inscription dans les chartes, fédérale et provinciale, ainsi que les lois qui en font mention. Elle insiste aussi sur le respect des droits fondamentaux de la personne comme le droit à la liberté, à l'intégrité, à la vie privée ainsi qu'à des services adéquats en matière de santé et de services sociaux.

La Loi sur la protection du malade mental, quant à elle, demeure une loi d'exception dans l'exercice du droit fondamental du citoyen à la liberté. À cet égard, seule une personne dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui peut être dans l'obligation de subir un examen psychiatrique et/ou d'être admise en cure fermée.

La dernière mise à jour de cette loi date de 1982. Toutefois, entre-temps, les modifications récentes au Code civil du Québec et au Code de procédure civile, principalement en raison des nouvelles dispositions concernant la garde en établissement en vue d'un examen psychiatrique ou à la suite d'un rapport d'examen psychiatrique, amènent des changements aux règles antérieures concernant la Loi sur la protection du malade mental :

- . le Code civil du Québec, en harmonie avec la Charte des droits et libertés de la personne¹⁸, introduit le principe de l'inviolabilité de la personne dans le champ de la santé mentale¹⁹;
- . toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la Loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé (C.c.Q., art. 10).

Conséquemment, il faut mentionner que les mesures de la Loi sur la protection du malade mental, de par leur nature exceptionnelle, portent atteinte aux principes fondamentaux de la liberté et de l'inviolabilité de la personne.²⁰ Ce constat nous a été rappelé par plusieurs de nos interlocuteurs et interlocutrices, notamment les usagers et usagères rencontrés lors de nos forums.

Dans cette perspective, il est important de souligner que le Code civil du Québec utilise la formule de la « garde en établissement » à la place de celle de la « cure fermée ». Le terme de « garde » fait référence à la notion de surveillance de la personne par la privation de sa liberté dans un but de protection et non dans un but de « cure », de soins.

En somme, rappelle-t-on, la « maladie mentale » ne saurait être à elle seule un motif suffisant pour priver une personne de ses droits, seul l'élément de dangerosité pour elle-même ou pour autrui justifiant exceptionnellement une telle privation de droits. Par ailleurs, il existe différentes lois qui précisent les règles à suivre dans le cas du consentement aux soins, qui, elles, ne sont

18. Charte des droits et libertés de la personne, LRQ, c. C-12.

19. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Droits et recours en santé mentale, mise à jour du document de référence*, section 6, « La protection du malade mental », p. 11, Québec, gouvernement du Québec, nov. 1994.

20. Charte des droits et libertés de la personne, LRQ, c. C-12.

aucunement conditionnées par les dispositions de la Loi sur la protection du malade mental.

En dernier lieu, nous croyons utile de soulever le principe de la règle de signification de la demande que l'on retrouve dans le Code de procédure civile. Celle-ci précise qu'aucune requête ne peut être présentée au Tribunal ou au juge à moins d'avoir été signifiée à la personne qui peut refuser l'examen ou la garde, au moins un jour franc avant sa présentation. Par contre, le juge « peut exceptionnellement dispenser le requérant de signifier la demande à la personne concernée s'il considère que cela serait nuisible à la santé ou à la sécurité de cette personne ou d'autrui, ou s'il y a urgence » (C.p.c., art. 779).

Cette règle d'exception, combinée à une loi d'exception (Loi sur la protection du malade mental), face aux droits fondamentaux que sont l'inviolabilité et l'intégrité, nous laisse craindre que les motifs invoqués pour dispenser le requérant, en l'occurrence le dispensateur de soins ou la famille et les proches, pourront être interprétés de façon plus restrictive qu'auparavant, lors de l'application de ladite loi.

Synthèse et recommandations du Comité

En résumé, plusieurs considérations ressortent de cette réflexion. Tout d'abord, la Loi sur la protection du malade mental demeure une loi d'exception, et lorsqu'elle est utilisée, les mesures qu'elle comporte portent atteinte aux principes fondamentaux de la liberté et de l'inviolabilité de la personne. Cette loi doit avoir comme préoccupation centrale la protection de l'individu ou d'autrui et non la prestation de soins ou de services. Ainsi, seule la notion de dangerosité demeure le critère justifiant la garde d'une personne en établissement contre son gré. Enfin, la personne concernée, qui refuse l'examen ou la garde, doit être obligatoirement informée, sauf exception, des procédures en cours, de la requête.

Considérant ce qui précède, et considérant la nécessité de réaffirmer l'importance que l'on doit accorder à la protection des droits des usagers et usagères, le Comité recommande :

- **de procéder le plus rapidement possible à la mise à jour de la Loi sur la protection du malade mental;**
- **d'harmoniser cette loi avec les dispositions contenues dans le Code civil du Québec, le Code de procédure civile et les orientations et principes de la Politique de santé mentale.**

Pour ce faire, il faudra prendre en considération la nécessité de réaffirmer le rôle du mécanisme d'aide et d'accompagnement, inclus dans la Politique de santé mentale. Conséquemment, notre comité recommande :

- **la reconnaissance légale du mécanisme d'aide et d'accompagnement en ce qui a trait aux recours prévus pour les usagers dans le cadre de la révision de la Loi sur la protection du malade mental.**

Il y aurait également lieu de créer, dans les plus brefs délais, une commission parlementaire sur la Loi sur la protection du malade mental, en vue de sa mise à jour. Par conséquent, notre comité recommande :

- . **la création d'une commission parlementaire en vue de procéder à la mise à jour de la Loi sur la protection du malade mental, en y associant principalement les usagers et usagères, les groupes d'entraide d'usagers, les comités d'usagers, les groupes de défense des droits, la famille et les proches ainsi que les intervenants et intervenantes.**

SYNTHÈSE GÉNÉRALE ET RECOMMANDATIONS

Cette dernière section reprend les synthèses et les recommandations effectuées à l'intérieur de chacun des chapitres précédents consacrés à la présentation des résultats du bilan d'implantation de la Politique de santé mentale.

1. POUR ASSURER LA PRIMAUTÉ DE LA PERSONNE

Le plan de services individualisé

Le plan de services individualisé constitue le premier moyen de la Politique de santé mentale pour actualiser l'orientation de la primauté de la personne. Le bilan nous a permis de constater que l'outil a été peu utilisé et qu'il a fait face à des résistances affichées de la part de nombreux acteurs; le respect de la confidentialité des renseignements concernant les usagers et les usagères est au cœur de ces résistances. Dans bien des cas, l'absence de personne significative pour l'utilisateur, agissant à titre « de personne-pivot », est venue renforcer ces résistances.

D'autre part, la philosophie d'action sur laquelle le PSI repose ne semble pas avoir été remise en question; cependant, son caractère obligatoire, de par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, ne fait pas l'unanimité chez nos interlocuteurs et interlocutrices parce qu'ils perçoivent un manque de respect quant aux prérogatives de l'utilisateur et que l'obligation légale est devenue une fin en soi.

Finalement, considérant que le PSI est surtout utile en contexte d'apprentissage, comme c'est le cas pour la déficience intellectuelle, bien souvent des intervenants ou intervenantes préfèrent expérimenter d'autres formes d'intervention, en respectant les engagements de la Politique.

Étant donné la volonté affirmée, à l'intérieur de la Politique de santé mentale, d'assurer la primauté de la personne, volonté non remise en cause par les personnes rencontrées lors de notre bilan, et considérant que la personne doit détenir le pouvoir de décision sur tout ce qui la concerne, nous recommandons :

- **que l'élaboration et la mise en oeuvre du plan de services individualisé ne soient obligatoires pour les intervenants et les dispensateurs de services seulement lorsque la personne concernée en exprime le besoin;**
- **que les modifications législatives conséquentes soient effectuées afin d'enlever au plan de services individualisé le caractère obligatoire que lui donne la Loi sur les services de santé et les services sociaux.**

De plus, considérant que l'outil actuel semble d'un apport limité en ce qui concerne le secteur de la santé mentale, nous recommandons :

- **d'explorer et d'évaluer de nouvelles façons de faire, comme le suivi communautaire, l'accompagnement personnalisé et l'intervention en réseau, en faisant appel à la participation de l'ensemble des partenaires concernés, y compris les usagers et les familles, en vue d'assurer la continuité des services, dans le respect du principe de la primauté de la personne et de ses droits.**

Les mécanismes de promotion, de respect et de défense des droits

Notre bilan nous amène à conclure que les mécanismes de promotion, de respect et de protection des droits constituent un gain majeur de la Politique de santé mentale et qu'ils sont devenus essentiels et pour ainsi dire incontournables.

En effet, plusieurs de nos interlocuteurs et interlocutrices croient que la personne souffrant de problèmes de santé mentale est en mesure de mieux faire valoir le respect de ses droits grâce à des mécanismes comme l'aide et l'accompagnement. Ils estiment cependant qu'il y a encore du chemin à faire par rapport aux droits des usagers et usagères, qu'il s'agisse de promotion, de respect ou encore de protection. À cet égard, les comités d'usagers en établissement devraient, selon eux, se voir assurer une plus grande autonomie dans leur champ d'action.

Par ailleurs, nous avons pu constater que certaines imprécisions quant aux mandats des acteurs concernés font en sorte que différentes frictions se produisent entre eux. En fait, l'exercice de la fonction a créé des tensions entre les groupes de défense des droits des usagers, les familles, les intervenants et intervenantes, les établissements et les groupes communautaires. Cette situation nous indique que les questions d'éthique, de financement et d'orientation demandent certaines clarifications.

À la suite de notre consultation, remarquant que le respect des droits des usagers demande la plus grande vigilance possible et qu'il y a des risques constants de voir négliger ces droits, notre comité recommande :

- **d'accroître la reconnaissance et de consolider le rôle et les mandats des différents mécanismes de promotion, de respect et de protection des droits des usagers prévus dans la Politique de santé mentale;**
- **de clarifier la question du rattachement administratif des différents mécanismes de promotion, de respect et de protection des droits des usagers et de voir à la possibilité de leur assurer une présence affirmée, tant dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux que dans toute nouvelle version de la Politique de santé mentale ou toute autre loi pouvant avoir un impact sur les droits des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux;**
- **de soutenir les intervenants travaillant à la promotion et à la défense des droits des usagers au moyen de la diffusion, auprès des dispensateurs de**

services, d'une information appropriée quant à leur intervention.

Finalement, le Comité juge aussi nécessaire, en vue d'affirmer une plus grande reconnaissance des différents mécanismes de promotion, de respect et de protection des droits des usagers par leurs partenaires, que :

- **les groupes pratiquant la défense des droits, l'aide et l'accompagnement, ainsi que les comités d'usagers, en consultation avec les usagers et leurs différents partenaires, voient à l'élaboration de leurs propres règles d'éthique.**

Une campagne d'information et de démystification de la maladie mentale

À ce jour, le Ministère a mis en oeuvre deux campagnes nationales d'information au moyen de publicité dans les journaux, à la télévision, à la radio, et d'affiches promotionnelles. Malgré tous leurs mérites, ces campagnes, selon certaines des personnes consultées, demeurent trop générales et éloignées des préoccupations plus concrètes des gens du milieu. De plus, il leur est reproché d'avoir trop mis l'accent sur la maladie au détriment de la santé mentale.

À la lumière de ces faits, le Comité constate que les préoccupations à l'égard de la santé sont tout aussi légitimes que celles concernant la maladie. Toutefois, à ses yeux, la santé et la maladie constituent des ordres de préoccupation différents qui méritent d'être traités distinctement, d'où sa recommandation :

- **d'accorder maintenant la prépondérance à des campagnes de promotion de la santé mentale et non plus seulement à la démystification de la maladie mentale.**

Notre bilan nous amène aussi à conclure que les campagnes d'information effectuées auraient dû tenir compte davantage des préoccupations des milieux d'intervention, des familles, des usagers et usagères et de la population locale. Considérant cela, il nous apparaît opportun de mettre en commun toutes les énergies disponibles dans ce type de démarche, en vue d'en maximiser les retombées, et en conséquence nous recommandons :

- **de mettre pleinement à contribution les partenaires régionaux et locaux dans la conception et la mise en oeuvre des interventions futures de sensibilisation et d'information du Ministère.**

En ce qui concerne le troisième volet de la campagne d'information ministérielle, notre comité recommande :

- **la mise en oeuvre d'une stratégie globale d'information accompagnée d'une stratégie d'évaluation appropriée ayant pour finalité la promotion de la santé mentale, et ce, en concertation avec les partenaires du Ministère, tant sur le plan régional que sur le plan local.**

2. POUR ACCROÎTRE LA QUALITÉ DES SERVICES

La formation de base et la formation continue

Nos résultats indiquent que des efforts importants ont été faits en formation, par rapport au plan de services individualisé et à la défense des droits de l'usager et de l'usagère. Dans plusieurs régions, des initiatives ont également été prises pour concevoir et mettre en oeuvre des plans de formation spécifiques pour les intervenants et intervenantes du secteur de la santé mentale.

De plus, notre bilan nous permet de relever des pistes de formation en émergence qui portent sur des sujets fondamentaux tels : le besoin de la personne d'être considérée et écoutée, les implications personnelles rattachées à l'appartenance sexuelle, les rapports sociaux entre les hommes et les femmes, la violence conjugale et familiale et ses conséquences sur la santé mentale, le suicide, les effets et conséquences des maladies mentales chez les personnes, les solutions de rechange à la médication et le partenariat dans l'intervention.

Par ailleurs, certaines des personnes rencontrées ont soulevé des questions essentielles par rapport à la formation offerte. Au nombre de celles-ci, mentionnons la question de l'arrimage des programmes de formation continue avec les milieux universitaires, la nécessité pour les collèges et les universités de procurer un enseignement qui déborde des lieux traditionnels de pratique vers les milieux de vie des usagers, la possibilité d'un enrichissement mutuel entre les différents partenaires, tant du communautaire que de l'institutionnel, à partir de leurs propres expériences.

Dans un contexte où la majorité des responsables de la formation ont centré la mise en oeuvre de leurs programmes sur les milieux institutionnels, nous recommandons :

- . **d'étendre les programmes de formation à tous les milieux de pratique, tout en les diversifiant et en les ouvrant à de nouvelles pratiques;**
- . **de favoriser, soutenir et encourager le partage des expertises entre les usagers, les intervenants et les familles.**

Constatant également que la formation sur la défense des droits correspond à un besoin réel de la part de tous les milieux en santé mentale, nous recommandons :

- . **de maintenir et d'élargir la formation sur la défense des droits, particulièrement aux familles.**

De plus, étant donné la nécessité de repenser l'utilisation du plan de services individualisé comme moyen pour favoriser la primauté de la personne, nous recommandons :

- . **de faire en sorte que les efforts qui ont été consacrés à la formation sur les PSI puissent servir directement à la formation sur la compréhension et l'actualisation de la notion de la primauté de la personne en santé mentale, plutôt que sur un outil d'intervention.**

La recherche

Comme le prévoit la Politique de santé mentale, un programme conjoint de recherche en santé mentale a été mis en place et est administré par le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS). Depuis 1991, 25 recherches ont été subventionnées par ce programme, avec un budget annuel d'environ un million de dollars. De plus, les régies régionales de la santé et des services sociaux subventionnent des projets de recherche en santé mentale, au moyen du Programme de subventions pour projets d'étude et d'évaluation en santé publique.

Les personnes rencontrées dans le cadre du présent bilan disent être peu informées des recherches subventionnées à même le fonds conjoint FRSQ-CQRS, de la diffusion de leurs résultats et de leur mise à profit. Plusieurs estiment même que ces recherches rejoignent peu leurs préoccupations et aimeraient être davantage considérées comme des partenaires que comme des sujets de recherche.

Nous sommes également à même de constater que certains thèmes de recherche prévus à l'intérieur de la Politique de santé mentale n'ont pas été couverts par le programme conjoint de recherche FRSQ-CQRS alors que d'autres, qui n'y étaient pas prévus, ont été subventionnés.

Finalement, mentionnons que l'intégration sociale, qui est au coeur des préoccupations de la majorité des personnes rencontrées, n'a que fort peu été étudiée en santé mentale jusqu'à présent, soit par rapport aux besoins de la personne, comme l'hébergement, l'écoute, l'accueil en situation de crise, ou encore par rapport aux réponses qui sont faites à ces besoins, qu'il s'agisse des modes d'intervention, de l'organisation des services ou du développement des pratiques professionnelles.

Considérant cet état de situation, nous recommandons :

- . **la création d'un comité consultatif pour assurer la participation effective des usagers et usagères, des milieux communautaires, des familles ainsi que des intervenants et intervenantes dans le choix des recherches que le Ministère subventionne en santé mentale au moyen du fonds conjoint FRSQ-CQRS.**

L'évaluation

Présentement, il se fait peu d'évaluations des interventions en santé mentale; ces évaluations sont surtout le fait de quelques régies régionales de la santé et des services sociaux. Hormis quelques évaluations d'implantation de plans régionaux de services dans quelques régions et celle des résultats de la mise en place des services de santé mentale dans la région de l'Outaouais, il n'y a pas de démarche structurée et systématique de la fonction évaluative pour permettre une reddition de comptes des différentes instances du réseau de la santé au Ministère. Cependant, l'ensemble de nos interlocuteurs et interlocutrices perçoivent bien la nécessité de l'évaluation et lui sont favorables, lorsqu'elle est respectueuse des réalités des différents milieux de pratique. Dans cette perspective, l'évaluation, tout comme la recherche, est confrontée à la nécessité d'être utile et participative.

Par ailleurs, les personnes rencontrées, en particulier celles qui représentent les régies régionales, proposent que s'établisse une plus grande concertation entre les différents responsables concernés,

dans l'élaboration et la réalisation des évaluations.

Pour que l'évaluation des interventions en santé mentale prenne réellement son essor, notre comité recommande :

- **d'accompagner la Politique de santé mentale d'un plan d'imputabilité décrivant à qui se fera la reddition de comptes, sur quoi et à quel moment;**
- **de mettre en place un partenariat évaluatif entre le Ministère et les régies régionales afin de maximiser les retombées de la fonction évaluative;**
- **de développer, en association étroite avec les usagers et usagères, les familles ainsi que les intervenants et intervenantes, le volet évaluation des pratiques d'intervention, afin d'établir les niveaux de concordance avec les besoins des personnes.**

3. POUR FAVORISER L'ÉQUITÉ

La gamme essentielle des services de santé mentale

Les personnes que nous avons rencontrées considèrent que la gamme essentielle des services mise de l'avant à l'intérieur de la Politique de santé mentale constitue un bon cadre de référence; elle ne semble pas être remise en cause. Par ailleurs, notre bilan indique que les éléments de la gamme de services sont implantés de manière inégale. En fait, ils varient en nature et en importance d'un élément de la gamme à l'autre et d'une région à l'autre.

Ainsi, l'information, la promotion et la prévention sont dans une situation qualifiée de précaire. Les mesures de soutien des familles et les services de répit-dépannage sont encore insuffisants mais constituent un premier pas vers un programme plus complet. Le traitement spécialisé, pour sa part, est accessible en région ou encore par le truchement d'ententes régionales; nous constatons malheureusement que ces services sont concentrés dans certains centres hospitaliers et dans certaines régions, depuis plusieurs années, et qu'ils font obstacle à la mise en place de services plus adaptés au milieu de vie des personnes, et ce, dans toutes les régions.

Ce dernier constat va à l'encontre du principe voulant que l'accessibilité aux services permette également le libre choix des usagers et usagères en ce qui concerne les différents éléments de la gamme de services. De plus, soulignons que cette concentration des ressources va également à l'encontre des responsabilités régionales à l'égard de l'organisation des services en santé mentale.

Par ailleurs, les services de base (accueil, évaluation, orientation) connaissent un développement territorialisé, alors que la réadaptation et la réinsertion sociale connaissent deux types d'implantation : l'un par des organismes communautaires, l'autre par certaines instances institutionnelles.

Enfin, la complémentarité des services, qui sera discutée dans la section suivante, est liée directement à la gamme de services et l'implantation de l'une et l'autre demeure inégale d'un service à l'autre; aussi, le Comité recommande :

- **que les régies régionales soient directement responsables de l'accès à une gamme essentielle et complète de services en santé mentale, de son financement, de sa coordination et de sa diversité, ainsi que de l'ensemble des mesures garantissant la complémentarité interréseaux, sur une base locale et régionale;**
- **et conséquemment, que le Ministère, en concertation avec les régies régionales, mette en place les mécanismes appropriés de reddition de comptes quant à ces différentes responsabilités au moyen de plans d'imputabilité.**

Des services complémentaires

La synthèse et les recommandations du Comité concernant la complémentarité des services ont été intégrées à celles concernant la gamme essentielle des services étant donné leur similitude et leur complémentarité. Rappelons cependant que le bilan révèle que les défis et les secteurs de complémentarité varient en nature et en importance d'une région à l'autre. De plus, nos interlocuteurs et interlocutrices sont pour la plupart favorables à la complémentarité entre les différents secteurs d'intervention, mais dans les faits il y a peu d'ententes réelles qui ont été conclues.

Plus spécifiquement, nous sommes en mesure de constater que la complémentarité reste à faire avec le secteur de la jeunesse, qu'elle s'amorce à l'égard de la prévention du suicide, qu'elle est plutôt timide avec le réseau de la déficience intellectuelle, qu'elle s'améliore avec le secteur judiciaire et qu'elle est encore inexploitée entre les régions. Dans bien des cas, nous a-t-on rapporté, les ententes de services qui réussissent sont le fruit de collaborations amorcées sur une base personnelle.

La répartition des ressources humaines et financières

Notre bilan nous indique que le manque d'imputabilité régionale, en termes budgétaires a été un obstacle à une gestion saine et continue des opérations liées à la Politique de santé mentale. De plus, les éléments de la Politique qui prévoyaient un renouvellement des modes de gestion en santé mentale n'ont pas été mis en chantier.

Il faut également souligner qu'un grand nombre de régions et d'acteurs ont dit ressentir une forte iniquité en matière d'allocation des ressources. À cet égard, nous avons pu noter un immobilisme dans les régions disposant davantage de ressources que les autres. À l'inverse, dans certains cas, l'équité intrarégionale, grâce aux budgets de développement, semble avoir progressé plus vite que l'équité interrégionale.

Considérant cet état de fait, notre comité recommande :

- . **de mettre en place des plans d'imputabilité comportant l'obligation pour chaque région de déterminer le volume de ressources consacrées à la santé mentale en fonction de sa population.**

Ces plans devraient permettre au Ministère de garantir un partage équitable des ressources entre les régions et à l'intérieur de celles-ci.

4. POUR RECHERCHER DES SOLUTIONS DANS LE MILIEU DE VIE DES PERSONNES

La reconnaissance des organismes communautaires

Notre bilan nous indique que la Politique de santé mentale a permis, depuis 1989, tant du point de vue financier que du point de vue de leur expertise en santé mentale, une meilleure reconnaissance des organismes communautaires, même s'il reste encore beaucoup de chemin à faire.

La majorité des personnes rencontrées trouvent important de conserver les acquis actuels et ne remettent pas en question le bien-fondé de la reconnaissance des organismes communautaires en santé mentale. Par ailleurs, il semble tout aussi important pour les porte-parole des organismes communautaires de maintenir et d'accroître leur participation dans les différentes instances décisionnelles, tant ministérielles que régionales et sous-régionales.

Concrètement, les milieux communautaires attendent du Ministère qu'il réaffirme l'importance de leur rôle et de leur apport au moyen de balises qui encadreraient le travail des régies régionales et auraient pour effet de :

- . renforcer le statut de partenaire des organismes communautaires au sein des comités tripartites;
- . leur assurer une juste part des ressources par un financement adéquat et récurrent;
- . renverser la tendance à subordonner ce secteur au réseau d'établissements.

Les comités tripartites étant les lieux où les organismes communautaires peuvent négocier la part de services qu'ils sont disposés à fournir, il importe, et c'est là le sens de leur requête, de renforcer ce pouvoir de négociation, plutôt que de les cantonner dans des activités précises et en marge du réseau. Agir sur les conditions de financement, plutôt que de tendre à définir ou à circonscrire leur rôle, serait, semble-t-il, la solution à retenir. Dans un tel contexte, notre comité recommande :

- . **que le Ministère s'assure que chaque régie régionale consacre, d'ici trois ans, un minimum de 10 % des ressources du secteur de la santé mentale au financement des organismes communautaires.**

Cette mesure, croyons-nous, devrait avoir pour conséquence de renforcer le statut de partenaire

des organismes communautaires, tant dans la prestation des services que dans la participation aux instances décisionnelles, tout en leur évitant la subordination au réseau de la santé et des services sociaux. Bien entendu, il s'agit d'un seuil minimum qu'il n'est certes pas interdit de dépasser.

La désinstitutionnalisation

Le mouvement de désinstitutionnalisation inscrit à l'intérieur de la Politique de santé mentale existait bien avant celle-ci. Toutefois, en 1989, la Politique reconnaissait que des personnes vivaient encore dans des lieux, principalement en établissement, qui n'étaient pas adaptés à leur condition et à leurs besoins. Il y avait donc nécessité de continuer le mouvement de désinstitutionnalisation et de soutenir la démarche de réintégration sociale.

Au terme de notre bilan, nous sommes à même de constater que la situation est quasiment identique à ce qu'elle était quelques années auparavant : les plans de désinstitutionnalisation se font attendre, le mouvement vers l'intégration sociale ne s'est pour ainsi dire pas concrétisé.

Au regard de cette situation qui perdure et qui ne semble pas vouloir se régler d'elle-même, le Comité recommande :

- . **que le Ministère accorde la priorité, dans ses futures actions en santé mentale, à l'intégration sociale des personnes souffrant de problèmes de santé mentale.**

Pour ce faire, une instance d'actualisation comprenant des représentants des usagers et usagères, des proches et des familles, des intervenants et intervenantes, des milieux communautaires et des établissements, des régies régionales, du Ministère et des autres secteurs d'activité gouvernementales concernés devra rapidement être mise en place, afin d'engager le Ministère dans une démarche comportant plusieurs volets, notamment :

- . des services sociosanitaires répondant aux besoins des personnes ayant des problèmes de santé mentale;
- . un hébergement adapté aux besoins de ces personnes, hébergement qui leur permettra d'avoir accès à une qualité de vie socialement acceptable;
- . des activités et des emplois valorisés et valorisants pour ces personnes;
- . des milieux communautaires favorisant l'intégration de ces personnes en leur rendant accessibles des lieux de rencontre, de soutien et d'entraide.

Pour réaliser cette démarche conduisant à l'intégration sociale des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, les balises suivantes devront faire l'objet des premiers travaux de l'instance d'actualisation :

- . la définition de règles d'éthique garantissant le respect des personnes et de leurs droits;

- . l'établissement de règles claires de transformation du réseau, par rapport à l'adaptation de la main-d'oeuvre et à la transformation des établissements;
- . l'adoption de règles précises de réallocation budgétaire à partir des établissements psychiatriques de longue durée, et ce, à des fins d'intégration sociale, de développement de la gamme de services et de réinsertion dans la communauté;
- . un soutien financier tangible et continu aux familles et à leurs proches;
- . l'équité de la répartition budgétaire entre les régions sociosanitaires.

En conclusion, notre comité estime que la qualité et l'accessibilité des services en santé mentale sont intimement liées à l'action du Ministère et de ses partenaires à l'égard de l'intégration sociale. De plus, des mesures énergiques doivent suivre cette recommandation, sinon la situation dépeinte en 1989 dans la Politique de santé mentale n'aura pas connu d'évolution concrète.

5. POUR CONSOLIDER LE PARTENARIAT

Le partenariat en région

Sur le plan régional, le Comité considère que la formule du tripartisme est à conserver et à enrichir de la participation des usagers, des usagères et de leurs proches.

De plus, pour que la décentralisation prenne véritablement tout son sens et préside aux choix régionaux, le Comité préconise l'extension du mandat des comités tripartites à l'ensemble de la démarche de planification et d'organisation des services, soit leur planification, leur mise en oeuvre, leur suivi, leur évaluation et leur mise à jour, ainsi que le rattachement de ce mandat à l'instance responsable et imputable de la prise de décision en région.

Le Comité croit également que c'est en misant et en agissant sur les conditions de son exercice, que le partenariat régional donnera sa pleine mesure. Aussi recommande-t-il que le Ministère voit à ce que les régies régionales prennent les mesures nécessaires pour améliorer le fonctionnement des comités tripartites et assurent la pleine participation de leurs membres. À ce chapitre, le Comité retient l'ensemble des mesures proposées dans le cadre du présent exercice, soit :

- . **l'adoption de règles du jeu régissant les discussions et la prise de décisions au sein des comités tripartites;**
- . **l'exercice d'un leadership transparent et respectueux de ces règles;**
- . **l'établissement de modalités d'accueil et de formation préparatoires à la participation aux comités;**
- . **la disponibilité complète de l'information et de la documentation, sous une forme accessible à tous et acheminées à l'intérieur de délais raisonnables;**

. **l'octroi d'une aide financière pour soutenir la participation des milieux communautaires, des usagers et de leurs proches.**

En plus de témoigner de la maturité acquise et de l'enthousiasme toujours présent au sein des comités tripartites régionaux, le Comité est d'avis que l'ensemble des mesures qu'il propose ici au regard de leur mandat, de leur composition, de leur fonctionnement et de leur rattachement, sont également de nature à favoriser un plus grand engagement chez les membres et à renforcer chez eux le sentiment et la conviction d'être des agents de changement, plutôt que de simples consultants sur le devenir des services.

Le partenariat Ministère-régies régionales

À maints égards, le leadership du Ministère est toujours souhaité et requis dans un secteur aussi particulier et vulnérable que celui de la santé mentale. D'abord sur le plan des orientations ou des politiques qu'il se doit d'élaborer pour alimenter et soutenir les démarches régionales, mais également pour jouer pleinement son rôle en matière d'allocation des ressources et en tant que régulateur du système.

Pour assumer efficacement ces fonctions, le Ministère doit pouvoir disposer d'un ensemble de données et d'informations dont les régies sont aujourd'hui les principales dépositaires. En contrepartie, les régies régionales doivent pouvoir compter sur la disponibilité de l'ensemble des instruments nécessaires à l'exercice de leurs responsabilités.

Bref, l'exercice des rôles et des fonctions dévolus à chacune des instances repose sur des interactions constantes et des collaborations étroites qui ne peuvent toutes, *a priori*, être définies ou circonscrites à l'intérieur de mécanismes aussi précis qu'un plan d'imputabilité.

Néanmoins, le Comité est d'avis qu'une attention plus soutenue au regard de la priorisation et de la coordination des dossiers du secteur de la santé mentale au Ministère, de même que le recours plus systématique à la Conférence des régies comme mécanisme de liaison, sont des avenues à retenir et à exploiter afin d'en arriver à une meilleure conjugaison des efforts déployés à chacun des paliers.

Aux yeux du Comité, le partenariat entre le Ministère et les régies régionales doit s'exprimer sous deux principaux aspects : d'abord, dans leurs rapports associés à la reddition de comptes, à l'imputabilité; ensuite, dans les collaborations et les échanges nécessaires à l'exercice de leurs responsabilités respectives.

En matière d'imputabilité, le Comité retient la préoccupation exprimée par les régies à l'effet que les deux parties conviennent conjointement de ses balises et de ses modalités d'exercice, en fonction d'objectifs de résultats et dans le respect des rôles et des responsabilités dévolus à chacune.

Pour ce faire, le Comité recommande :

- **que le Ministère entreprenne une démarche systématisée et structurée de reddition de comptes conjointement avec la Conférence des régions régionales;**
- **qu'un plan d'imputabilité soit articulé sur les principaux paramètres suivants, soit : l'accès à la gamme essentielle de services, les modes d'organisation des services, les ressources humaines et financières, l'évaluation des résultats.**

Le partenariat gouvernemental

Tout au long de ses consultations, le Comité a été à même de constater l'intérêt manifeste de l'ensemble des partenaires régionaux au regard de l'intersectorialité et l'émergence de pratiques concrètes en la matière.

Dans toutes les régions, on entend mettre davantage à contribution les autres secteurs de la société, en leur faisant une plus large place au sein des démarches de planification régionale et en les associant étroitement à des activités de promotion et de prévention.

Sans le soutien concret du palier central, réitérant le message clair de la Politique à l'effet que la santé mentale est l'affaire de tous, les initiatives régionales s'avèrent des entreprises difficiles à réaliser et à maintenir.

Eu égard au retard déjà pris à ce chapitre, le Comité recommande au Ministère de :

- **procéder dans les plus brefs délais à la mise sur pied du comité intersectoriel prévu dans la Politique de santé mentale, les ministères et organismes déjà identifiés, de même que les sujets déjà inventoriés, étant toujours des plus pertinents.**

6. ENJEUX ADDITIONNELS À CONSIDÉRER

Les principaux résultats de ce bilan concernent avant tout l'implantation des moyens d'action mis de l'avant à l'intérieur de la Politique de santé mentale. Toutefois, différents enjeux additionnels ont émergé lors de nos consultations. Nous en faisons mention dans cette section de notre rapport, étant donné leur importance pour plusieurs des personnes rencontrées.

De plus, sur certains sujets, notre comité s'est livré à un travail de réflexion et de discussion qui a été incorporé au matériel que nous avons recueilli lors de nos rencontres. Rappelons cependant le caractère embryonnaire de cet exercice, puisqu'au premier abord il ne faisait pas l'objet de notre investigation.

La promotion et la prévention en santé mentale

Plusieurs des personnes rencontrées lors de notre bilan nous confirment que la promotion de la santé et la prévention sont encore embryonnaires dans le secteur de la santé mentale. Il faut cependant mentionner que certaines initiatives intéressantes, mais limitées dans le temps, ont été mises de l'avant dans différentes régions et localités du Québec.

En fait, tant en santé mentale que dans les autres secteurs d'intervention, nous assistons de toutes parts à une montée de la pression en faveur de la promotion de la santé et de la prévention qu'il faut mettre à profit, afin d'en tirer le maximum pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

En tenant compte des différents commentaires qu'il a recueillis sur le sujet ainsi que de sa réflexion, notre comité recommande :

- . **que dans la démarche de mise à jour de la Politique de santé mentale du Ministère, soient dégagées des orientations, définies les actions qui en découlent, énoncés des engagements pour en faciliter la réalisation, et établis les résultats à attendre des milieux concernés.**

Les services aux jeunes de 0 à 17 ans

Les différents témoignages que nous avons recueillis portent surtout sur les lacunes observables dans l'organisation des services aux jeunes. En conséquence, dans la mise à jour de la Politique de santé mentale, il faudrait tenir compte de ces importantes constatations qui appellent toutes une meilleure organisation des services.

De plus, il faudrait aussi aborder la question des déterminants communs à plusieurs problèmes reliés à la santé mentale des jeunes (troubles du comportement, délinquance, alcoolisme, toxicomanie, suicide).

En conséquence, notre comité recommande:

- . **l'élaboration de règles équitables d'accès aux services, accompagnés de mécanismes d'action concertée ayant comme souci premier la promotion de la santé des jeunes.**

Les services aux communautés culturelles

Les commentaires que nous avons recueillis nous portent à affirmer qu'il serait approprié d'inclure dans la prochaine version de la Politique des constats et des mesures concernant directement la situation des communautés culturelles, tant en ce qui a trait à l'information et à l'accès aux services déjà existants, qu'en ce qui concerne leur transformation éventuelle, grâce à la formation des intervenants, vers une perspective transculturelle.

De plus, d'autres mesures visant à réduire les préjugés, comme des campagnes d'information, apparaissent encore nécessaires si l'on pense cette fois en fonction de la promotion de la santé mentale.

En d'autres termes, il nous semble nécessaire de recommander :

- **de mettre au point, dans la prochaine version de la Politique, un plan concerté d'action qui inclurait des mesures visant à la fois l'accessibilité des services et leur transformation, grâce à des activités de sensibilisation, d'information, de formation et de recherche sur la question des services aux communautés culturelles.**

La sectorisation géographique des services psychiatriques

La sectorisation géographique des services psychiatriques, si elle est mal comprise et appliquée à des fins qui ne sont pas les siennes, comporte des risques majeurs pour l'utilisateur ou l'utilisatrice, selon ce qu'en disent les personnes consultées, surtout en ce qui concerne son droit à choisir librement son médecin et le lieu de traitement qui lui est le plus accessible.

Notre comité estime donc qu'il faut revenir à l'objectif premier de la sectorisation, qui est de garantir un service continu à toute personne qui en a besoin. Ainsi, nous recommandons :

- **de maintenir la sectorisation comme mode d'organisation administratif des services psychiatriques, tout en s'assurant du respect des droits des usagers et de la meilleure concordance possible avec les autres découpages territoriaux du secteur de la santé et des services sociaux.**

De plus, pour mieux répondre dans certains cas aux besoins des usagers, il faut :

- **prévoir une articulation des équipes de secteur avec les quelques cliniques spécialisées pouvant être établies dans certaines régions.**

La santé mentale des femmes

L'appartenance à l'un ou l'autre sexe détermine une position particulière dans l'organisation sociale et sous-tend les rapports de pouvoir et de dépendance qui modulent les conditions de vie, les rôles et les capacités d'agir de l'individu. La Politique de santé mentale n'a pas pris en considération cet aspect, ni reconnu les rôles et les conditions de vie pouvant influencer la santé mentale des femmes et des hommes.

Bien qu'il y ait évolution des rôles et des rapports entre les hommes et les femmes vers plus d'équité et de justice, des inégalités persistent et affectent la santé mentale des femmes.

En effet, l'accroissement de la violence, de la pauvreté, du double emploi chez les femmes, l'absence encore trop marquée des hommes dans le domaine de la vie privée et la dégradation du tissu social augmentent significativement la détresse psychologique des femmes.

De plus, l'absence de soins et de services adaptés aux besoins et aux réalités spécifiques des femmes, ainsi que la présence d'approches thérapeutiques qui maintiennent la dépendance des femmes, telles la prise en charge institutionnelle et la surmédication, nuisent au recouvrement de leur santé psychologique.

Par ailleurs, des ressources communautaires existent déjà et elles ont mis au point une approche qui tient compte de la globalité du vécu des femmes. Il est important de reconnaître ces ressources et de les associer notamment aux efforts de prévention en santé mentale des femmes.

Devant tous ces constats, notre comité considère que, après sa mise à jour, la Politique de santé mentale devrait :

- . **à l'instar de la Politique de la santé et du bien-être, reconnaître le sexe des personnes comme une caractéristique majeure de l'individu ayant ses propres particularités au regard de la santé mentale, et ce, à tous les âges de la vie;**
- . **procéder à une analyse différenciée entre les sexes qui tienne compte non seulement des données ventilées selon le sexe, mais aussi de la nature des relations entre les hommes et les femmes, des réalités sociales des deux groupes, de leurs attentes et de leurs conditions de vie, et ce, pour tous les âges de la vie;**
- . **s'assurer que les services et les soins offerts aux femmes soient adaptés en fonction des véritables besoins, des réalités et des conditions de vie de celles-ci, notamment les conditions socio-économiques et les rapports égalitaires entre les hommes et les femmes;**
- . **favoriser une formation mieux adaptée aux réalités des femmes, des mécanismes de décision assurant leur participation et l'évaluation des effets de la transformation du réseau sociosanitaire sur les aidantes et aidants naturels.**

La santé mentale des personnes âgées

Des propos de nos interlocuteurs et interlocutrices, nous retenons principalement que le vieillissement et les conditions de vie des personnes âgées sont des réalités négligées dans notre société dont la performance et la production sont les leitmotivs. Il s'ensuit un processus d'exclusion et de marginalisation qui ne tient pas compte de l'apport potentiel et réel des personnes âgées, malgré le nombre grandissant de celles-ci.

Par ailleurs, plus que pour tout autre groupe d'âge, certaines conditions de vie telles la pauvreté, l'isolement, la perte d'autonomie fonctionnelle ou cognitive viennent affecter le bien-être psychologique des individus âgés. Des différences significatives affectent la vie des femmes et des hommes à ces égards. De plus, certaines réponses du système social et de santé (infantilisation, ségrégation résidentielle, violence, surmédication) ajoutent à la perte d'identité et d'estime de soi des personnes âgées.

En conséquence, notre comité croit que la Politique de santé mentale mise à jour devrait :

- **établir des stratégies pour promouvoir la reconnaissance du vieillissement avec ses potentialités, ses qualités, et se pencher sur les besoins des personnes âgées et sur la nécessité de conditions de vie saines;**
- **proposer des solutions de rechange à l'institutionnalisation et, lorsqu'il y a hébergement, s'assurer que la personne âgée soit considérée dans sa globalité d'individu et non seulement comme une personne dépendante;**
- **prévoir des mesures de soutien aux aidantes et aidants naturels qui ont à accompagner des personnes âgées présentant des déficits cognitifs ou des troubles psychiques, en favorisant : le renforcement du tissu social (briser l'isolement), la création ou la consolidation de groupes de soutien et d'entraide, la mise sur pied d'équipes psychogériatriques mobiles.**

Considérations sur la Loi sur la protection du malade mental

Plusieurs considérations ressortent de notre réflexion. Tout d'abord, la Loi sur la protection du malade mental demeure une loi d'exception, et lorsque qu'elle est utilisée, les mesures qu'elle comporte portent atteinte aux principes fondamentaux de la liberté et de l'inviolabilité de la personne. Cette loi doit avoir comme préoccupation la protection de l'individu ou d'autrui et non la prestation de soins ou de services. Ainsi, seule la notion de dangerosité demeure le critère justifiant la garde d'une personne en établissement contre son gré. Enfin, la personne concernée, qui refuse l'examen ou la garde, doit être obligatoirement informée, sauf exception, des procédures en cours, de la requête.

Considérant ce qui précède, et considérant la nécessité de réaffirmer l'importance que l'on doit accorder à la protection des droits des usagers et usagères, le Comité recommande :

- **de procéder le plus rapidement possible à la mise à jour de la Loi sur la protection du malade mental;**
- **d'harmoniser cette loi avec les dispositions contenues dans le Code civil du Québec, le Code de procédure civile et les orientations et principes de la Politique de santé mentale.**

Pour ce faire, il faudra prendre en considération la nécessité de réaffirmer le rôle du mécanisme d'aide et d'accompagnement, inclus dans la Politique de santé mentale. Conséquemment, notre comité recommande :

- . **la reconnaissance légale du mécanisme d'aide et d'accompagnement en ce qui a trait aux recours prévus pour les usagers dans le cadre de la révision de la Loi sur la protection du malade mental.**

Il y aurait également lieu de créer, dans les plus brefs délais, une commission parlementaire sur la Loi sur la protection du malade mental, en vue de sa mise à jour. Par conséquent, notre comité recommande :

- . **la création d'une commission parlementaire en vue de procéder à la mise à jour de la Loi sur la protection du malade mental, en y associant principalement les usagers et usagères, les groupes d'entraide d'usagers, les comités d'usagers, les groupes de défense des droits, la famille et les proches ainsi que les intervenants et intervenantes.**

CONCLUSION

Un bilan, par son caractère rétrospectif, permet de jeter un regard sur nos réalisations. Celui-ci ne fait pas exception à la règle. Nous le concluons en effectuant un bref retour sur les problèmes que la Politique de santé mentale voulait voir résoudre et sur quelques-unes des grandes réalisations qui ont eu lieu depuis 1989. De plus, nous examinerons, à la lumière de nos résultats, certaines des nouvelles exigences auxquelles aura à faire face le secteur de la santé mentale.

Des enjeux et des défis toujours actuels

En 1989, la Politique de santé mentale faisait ressortir certains problèmes prioritaires, ainsi que certains des dysfonctionnements reliés à l'organisation des services alors en place. Il y était principalement constaté que les interventions sont souvent mal adaptées aux besoins des personnes. La Politique proposait donc des orientations pour tenter de résoudre ces problèmes, orientations qui sont maintenant connues et partagées par la majorité des acteurs en santé mentale.

Aujourd'hui, malgré une amélioration continue de l'intervention, il faut encore faire preuve de vigilance en vue d'assurer une réponse adéquate aux besoins fondamentaux des personnes les plus vulnérables. À cet égard, les usagers et usagères que nous avons rencontrés lors des forums ont clairement indiqué que la réponse à leurs besoins fondamentaux n'était pas pleinement satisfaisante, que ce soit par rapport à l'hébergement, au soutien en situation de crise, au suivi thérapeutique à leur sortie du milieu institutionnel ou à leur intégration dans la société. Ils se sentent encore souvent marginalisés et estiment souffrir d'un manque de respect quant à l'exercice de leurs droits fondamentaux.

Il nous semble important en terminant ce bilan de rappeler le message central que nous ont livré les usagers. Tout comme en 1987, lors des travaux du Comité de la Politique de santé mentale, ils insistent toujours sur la nécessité de faire table rase des tensions entre les structures pour se centrer sur l'indispensable humanisation des services. En fait, ils invitent encore une fois tous les partenaires en santé mentale à conserver cette préoccupation en tête de liste de leurs obligations respectives et à garder le cap sur le respect de leurs droits, qui leur apparaît comme un acquis incontournable.

Par ailleurs, malgré plusieurs tentatives de rapprochement avec la famille, les proches et la communauté, il y a encore beaucoup de chemin à faire en vue de les considérer comme des partenaires à part entière. La situation des familles ayant un proche souffrant de problèmes de santé mentale, principalement celle des mères qui se voient ajouter un surcroît à leurs tâches quotidiennes, est particulièrement fragile et les conduit à l'épuisement.

D'un autre côté, nous sommes en mesure de constater que la reconnaissance de plusieurs groupes communautaires s'est améliorée depuis l'avènement de la Politique, même si leur situation est encore précaire. À cet effet, leur statut de partenaire n'est pas toujours respecté intégralement, certains les voyant davantage dans un rôle étroit de ressources complémentaires à celles du réseau institutionnel. Soulignons cependant que, dans l'ensemble, les groupes communautaires ont fourni des services réellement appréciés par les usagers.

Nous avons également pu observer des disparités lorsqu'il est question de la répartition des ressources entre les régions, à l'intérieur de celles-ci et entre le milieu institutionnel et le milieu communautaire. D'après les résultats du bilan, les conditions existantes en 1989 prévalent toujours aujourd'hui. En effet, on observe une concentration de ressources dans certaines régions, notamment celles où sont situés les grands établissements psychiatriques. Certaines localités à l'intérieur de plusieurs régions souffrent également d'un manque évident de ressources, particulièrement en ce qui concerne les services aux jeunes et l'hébergement des personnes en difficulté.

Par ailleurs, sous l'angle d'un système de services intégrés, les rapports de collaboration entre le milieu communautaire et le milieu institutionnel demeurent encore fragiles et embryonnaires. Cependant, il faut mentionner que la dynamique instaurée lors de l'élaboration des plans régionaux de services a été l'élément déclencheur de plusieurs partenariats en région et localement.

Des réalisations notables

Dans l'ensemble, des progrès et des acquis sont observables depuis la mise en place de la Politique. Ainsi, la majorité des partenaires du secteur de la santé mentale sont à l'aise avec les orientations de la Politique et les trouvent pertinentes pour continuer l'intégration des services dans ce secteur.

Évidemment, comme nous le faisons remarquer préalablement, c'est par rapport aux moyens d'action mis en oeuvre que les résultats sont moins probants et que plusieurs efforts sont à poursuivre, si on veut favoriser l'évolution du système de services actuel vers une réponse mieux adaptée aux besoins des personnes en difficulté. À cet égard, il faudrait également être plus rigoureux dans le suivi des moyens d'action en vue d'assurer une reddition de comptes adéquate.

Autre évolution intéressante à souligner, il y a eu depuis 1989 une réelle appropriation de l'organisation des services au sein des régions. Les comités tripartites mis en place ont grandement favorisé ce changement. À la lumière de cette expérience, le partenariat dans l'actuelle transformation du réseau de la santé devrait être en mesure d'assurer une démocratisation du système qui lui garantira de meilleures chances de réussite.

En résumé, deux grandes étapes ont été franchies depuis l'avènement de la Politique de santé mentale, à savoir la prise en considération des orientations du Ministère par la majorité des acteurs en place et l'appropriation régionale de l'organisation des services en santé mentale.

Des mécanismes de reddition de comptes à instaurer

De l'avis du Comité, et c'est là le sens dont s'imprègne la majeure partie de nos recommandations, il faut maintenant que le Ministère complète la démarche entreprise depuis 1989 et s'assure d'une reddition de comptes adéquate. Pour ce faire, il faudra mettre au point des mécanismes d'imputabilité systématiques et structurés, contrairement à la situation actuelle où l'évaluation, tant sur le plan provincial que sur le plan régional, fait figure de parent pauvre.

Il serait donc souhaitable d'instaurer des plans d'imputabilité en vue d'assurer l'évaluation de l'atteinte des objectifs poursuivis par la Politique. Il s'agit là d'un des prochains défis importants relié à la démocratisation du secteur de la santé mentale, puisque la délégation de plus grandes responsabilités implique une reddition de comptes plus rigoureuse, afin de sauvegarder l'intégrité des ressources ainsi que l'accessibilité aux services et leur qualité, dans un souci d'équité.

