

*Rapport annuel 2001
sur la santé de la population*

**Garder notre monde en santé,
un nouvel éclairage sur la santé mentale
des adultes montréalais**



Une publication de la
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre
1301, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : (514) 528-2400
<http://www.santepub-mtl.qc.ca>

English version
available upon request

Comité d'orientation

Louise Fournier, responsable scientifique
Denis Roy, responsable éditorial
Robert Perreault
Jean-Luc Moisan

Équipe projet

Louise Fournier
Michel Kane
Sylvie Lavoie
Odette Lemoine
Jean-Luc Moisan
Robert Perreault
Léo-Rock Poirier
Carole Poulin
Denis Roy

Collaboration spéciale

Michel Vézina à qui nous devons l'essentiel
de la section « Milieu de travail et santé mentale »

Conseillère à la rédaction

Solange Lapierre

Graphisme

Paul Cloutier

Infographie

Manon Girard

Photographie

Jean Bruneau

Traduction anglaise

Traduction Terrance Hughes inc.

Collaboration

Suzanne Décarie pour la mise en forme
des échanges de la table ronde des
intervenants en santé mentale

Production et diffusion

Deborah Bonney
Jean-Luc Moisan

© **Direction de la santé publique**
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre (1999)

Dépôt légal : 4^e trimestre 2001
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-89494-325-3

2

Agir sur les déterminants

***N**OUS ABORDERONS dans ce chapitre l'organisation du système de soins face aux nouveaux besoins. Pour ce faire, nous allons analyser l'organisation du système de soins, encore largement consacré aux personnes aux prises avec des troubles graves : nous en brosserons d'abord l'historique, puis nous aborderons la problématique des aidants naturels, auxquels on a fait peu de place jusqu'à présent, ainsi que deux questions auxquelles il faut s'ouvrir davantage, soit la prévention et la promotion de la santé mentale, et la santé mentale au travail.*

L'organisation des services en santé mentale

Perspective historique

Au Québec comme un peu partout en Occident, l'aide offerte aux personnes aux prises avec un problème de santé mentale a longtemps pris la forme de l'internement dans des asiles sous la responsabilité de communautés religieuses. Des hôpitaux, accueillant souvent plusieurs milliers de « malades », faisaient essentiellement fonction de gardiennage, offrant assez peu de traitement structuré^(r).

Les personnes admises étaient généralement dépouillées de leurs droits : ainsi, jusqu'en 1972, le confinement en cure fermée, et la durée de cette cure, relevaient du pouvoir décisionnel du « surintendant médical » (ce serait aujourd'hui le directeur des services professionnels), sans appel possible. Le même pouvoir discrétionnaire s'exerçait dans le cas des personnes avec problèmes de santé mentale et ayant commis une infraction au code criminel. Encore en 1974, l'entrée de ce qui s'appelait alors l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu était gardée par des policiers armés que l'on pouvait aussi appeler au chevet de patients trop agités.

Un faisceau de facteurs ont fait en sorte toutefois que, très rapidement, les choses changent. Il y a, bien sûr, l'introduction des neuroleptiques en 1956, mais aussi, au Québec, la mise en place des premiers programmes de spécialisation médicale en psychiatrie en 1958 (cette spécialité connaîtra un développement fulgurant, au point de devenir la deuxième en termes d'effectifs), l'influence de la psychiatrie de secteur, telle qu'elle se pratiquait en France, et de l'expérience américaine des *Community Mental Health Clinics*.

Mais c'est surtout le livre, *Les fous crient au secours*, de Jean-Charles Pagé qui, après un séjour à Saint-Jean-de-Dieu, dénonce les conditions de vie dans ces hôpitaux. Ce constat, repris par des représentants du monde médical et syndical, entre autres, soulève l'indignation dans

(r) Une partie des informations présentées ici sont tirées du cahier souvenir *20 ans de Santé mentale au Québec - Regards critiques des acteurs et des collaborateurs*. Montréal, 1996.

*« Au Québec, nous avons fait notre désinstitutionnalisation et notre réforme en gardant les mêmes concepts pour traiter les patients. Ils ne sont pas adéquats. Nous n'avons pas changé notre philosophie, notre mentalité. »
Jacques Hendlisz*

l'opinion publique et mène à la création d'une Commission d'étude dont le rapport, paru en 1962, déclenche le vaste mouvement dit de désinstitutionnalisation, qui s'étendra sur plusieurs années. Il suscite aussi le développement de la psychiatrie communautaire, la mise en place de départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux, fait appel à d'autres corps professionnels (travailleurs sociaux, psychologues, ergothérapeutes) et élargit l'offre de services (familles d'accueil, foyers de groupe...). On ne parle plus de maladie mentale mais de santé mentale.

Dès lors, le secteur de la santé mentale sera le creuset d'expériences que souvent d'autres secteurs de la santé adopteront. En fait, la désinstitutionnalisation constitue le premier et le plus important « virage ambulatoire ». Mentionnons entre autres les premières ressources communautaires alternatives au début des années 1970, une certaine régionalisation dès 1977 avec des commissions administratives au sein des Conseils régionaux de la santé et des services sociaux, la création du Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) — organisme consultatif au Ministre, l'émergence des groupes de défense des droits et des associations de parents et de proches, les premiers plans régionaux d'organisation des services...

Mais c'est surtout par sa Politique de santé mentale de 1989 que le Québec a innové, d'autant que son élaboration, en continuité avec les travaux du CSMQ, fut confiée en grande partie à des experts extérieurs au ministère des Affaires sociales. Cette démarche associait systématiquement des représentants d'usagers, de leur famille et de proches, d'intervenants, de responsables de la communauté et de décideurs. Cette Politique a même précédé la politique plus générale de santé et de services sociaux, qui ne viendra que trois ans plus tard, et en reprendra plusieurs des grandes orientations : primauté de la personne, reconnaissance du rôle des ressources communautaires dans la planification et l'offre de services, partenariat, régionalisation, dispensation des services dans le milieu de vie... Plusieurs éléments de la Politique de santé mentale ont d'ailleurs été repris en France, en Amérique latine et par l'OMS, notamment.

Si l'accueil reçu par cette Politique fut généralement favorable, sa mise en œuvre fut plus laborieuse que prévu, et plusieurs grands pans du projet original n'ont jamais vu le jour. Il faut dire qu'entre-temps est apparu l'impératif d'assainissement des finances publiques; les budgets de transition nécessaires à une véritable transformation ont donc été à toute fin utile inexistant. À cela s'ajoute la mauvaise volonté de certains établissements et des contraintes dans l'organisation du travail. L'ensemble de ces facteurs amenait la Régie régionale à constater en 1995 que les cibles visées dans le Plan régional d'organisation des services de 1990 étaient loin d'être atteintes¹².

Par suite du bilan de la Politique de santé mentale, en 1995-1996¹³, le gouvernement a proposé des Orientations qui, après une consultation dans l'ensemble des régions, ont donné lieu à un Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale en 1998. Encore davantage que ne le faisait la Politique, on insiste sur la réponse à donner aux besoins des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale graves ; quant aux troubles transitoires ainsi que la promotion-prévention, on n'en fait pour ainsi dire pas mention. C'est ce document qui, à l'heure actuelle, détermine les priorités de développement et de transformation des services et des pratiques.

Pour assurer l'application de ce Plan d'action, la ministre de la Santé a créé en 1999 un Groupe d'appui. Après une tournée provinciale, le bilan de l'état de situation¹⁴ dressé a fait l'objet de discussion lors du Forum sur la santé mentale de septembre 2000 présidé par la Ministre et réunissant les principaux partenaires. On a alors fixé des cibles prioritaires à mettre en œuvre d'ici 2002¹⁵.

Même si l'organisation des services de santé mentale à Montréal diffère des autres régions, ne serait-ce que par la sectorisation et la présence d'hôpitaux universitaires, l'implantation du Plan d'action se heurte à certains problèmes similaires ; d'autres, comme nous le verrons plus loin, sont particuliers à la réalité montréalaise.

« Est-ce que l'argent consacré aux troubles sévères et persistants génère vraiment du bien-être chez les personnes visées? »
Ghislain Goulet

Gamme de services offerts^(s)

Dans la région de Montréal-Centre, les services de santé mentale relevant du réseau public sont, depuis la fin des années 1960, sectorisés. Autrement dit, « chaque établissement est responsable de dispenser les services spécialisés de courte durée aux personnes qui résident dans son secteur et qui désirent être suivies par lui »¹⁶. Une interprétation restrictive de cette mesure, qui semble appliquée par endroits, veut que les services ne soient accessibles qu'aux résidents de ce secteur alors que, d'après la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le libre choix de l'utilisateur demeure.

« Le problème d'accessibilité aux services n'est pas le simple fait que les CLSC ne disposent pas de psychologues mais plutôt, la question de la pauvreté et l'accès aux ressources privées. »

Daniel Fecteau

Les services de pédo-psychiatrie (pour les moins de 18 ans) et ceux de la clientèle adulte sont sectorisés différemment — sans parler des découpages territoriaux propres aux CLSC (qui, dans certains cas, relèvent de deux secteurs de psychiatrie), aux Centres Jeunesse ou aux Commissions scolaires avec lesquels il faut parfois coordonner l'intervention. On observe aussi d'autres anomalies quant à l'accès ou à la continuité : par exemple, des usagers anglophones vivent dans des secteurs où les services sont en français et vice-versa. Les médecins de première ligne, non assujettis à la sectorisation, sont appelés à entrer en contact avec plusieurs services de deuxième ligne. Enfin, certains usagers sont suivis dans un centre hospitalier pour leurs problèmes de santé physique et dans un autre pour les soins psychiatriques.

Ceci dit, la sectorisation présente des avantages, le principal étant une meilleure connaissance, chez les intervenants, du milieu de vie et des ressources existantes. En outre, elle confirme la responsabilité explicite par rapport à une population définie. Une réflexion est en cours au niveau régional, regroupant les principaux acteurs, qui devraient convenir de pistes de solution sous peu.

(s) Une partie des données provient du *Tableau de bord évolutif en santé mentale pour la Région de Montréal-Centre*, préparé en mai 1999 par D. Brassard et coll., ainsi que du *Tableau de bord central* de la Régie régionale de Montréal-Centre, publié en janvier 2001.

Le réseau de 1^e ligne en santé mentale à Montréal se constitue des éléments suivants :

- Près de 2 000 médecins omnipraticiens travaillant dans 450 cabinets ou cliniques.
- 29 CLSC offrant sur leur territoire des services psychosociaux — mais la prise en charge des problèmes de santé mentale varie d'un établissement à l'autre, certains ne disposant pas d'équipe désignée ; 26 offrent des services d'intégration-réintégration en santé mentale et 5 des services ambulatoires de psycho-gériatrie ; 140 intervenants équivalents temps plein dispensent ces divers services¹⁷.
- 13 hôpitaux offrant des services d'urgence psychiatrique, pour un total de 45 civières environ.
- 6 centres d'intervention de crise offrant environ 50 places d'hébergement temporaire.
- 2 240 psychologues, membres de l'Ordre des psychologues du Québec¹⁸ dont 1 260 dans le réseau de la santé et des services sociaux.
- Un nombre indéterminé de psychothérapeutes, qui ne sont pas membres de l'Ordre des psychologues, ainsi que des praticiens de médecines alternatives.

Le réseau de 2^e et de 3^e lignes comprend quant à lui :

- Les hôpitaux avec unités de soins psychiatriques, soit 6 pour jeunes, 12 pour adultes et 3 pour aînés, réparties dans 10 centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et dans 4 centres hospitaliers de soins psychiatriques (CHSP) ; plus de 500 psychiatres et pédo-psychiatres y travaillent ainsi que 3 850 professionnels ou personnel paramédical équivalents temps plein¹⁹. Le nombre de lits en psychiatrie a connu une baisse marquée : entre 1995-1996 et 1997-1998, il est passé de 659 à 479 dans les CHSGS et de 2 357 à 2 050 dans les CHSP ; les coupures ont été plus élevées dans les unités de soins pour adultes.

- Des services externes en psychiatrie (jeunes et/ou adultes) dans 14 centres hospitaliers, plusieurs cliniques externes étant décentralisées.
- 10 hôpitaux de jour et 9 centres de jour relevant de centres hospitaliers.
- 3 CHSP offrant des programmes de réinsertion et d'intégration sociale en santé mentale.
- Un hôpital offrant des soins infirmiers à domicile en santé mentale.
- 6 centres hospitaliers désignés prenant aussi en charge tout le réseau d'hébergement dans la communauté ; en 2001, on dénombre environ 3 840 places d'hébergement, soit environ autant qu'en 1995. Il faut y ajouter quelque 250 places en foyer de groupe.

« On ne peut parler des organismes communautaires sans soulever le problème de leur financement... »

Les ressources d'hébergement constituent un problème majeur en santé mentale. »

Daniel Fecteau

Enfin, il faut souligner la présence dynamique de près de 80 organismes communautaires subventionnés par la Régie régionale et qui offrent des services de 1^e et 2^e lignes : prévention-promotion, défense des droits, intervention de crise, services résidentiels, apprentissage de la vie quotidienne, apprentissage des habitudes de travail, accompagnement communautaire, entraide communautaire, traitements spécialisés, multiples problématiques, soutien aux familles... Treize organismes communautaires offrent également des places d'hébergement dans la communauté aux personnes qui souffrent de troubles graves. En 1997-1998, la Régie régionale consacrait d'ailleurs 3,4 M\$ à ce volet résidentiel. Nous ignorons toutefois le nombre exact de places ainsi offertes à la population. Une vingtaine d'autres organismes communautaires non subventionnés par la Régie régionale travaillent aussi dans le domaine de la santé mentale.

Sur le plan budgétaire, le réseau public de la santé et des services sociaux consacrait au total en 1997-1998 plus de 380 M \$ aux services de santé mentale dans la région, c'est-à-dire une baisse de 3,2 % par rapport à l'année financière 1994-1995, soit moins que la diminution subie par l'ensemble du budget du réseau régional, qui est de 5,7 %. Signalons qu'il y a eu, durant la même période, une réallocation de 23,3 M \$ vers les services externes et ceux offerts dans la communauté.

Enjeux et défis pour la transformation des services

Comme on peut le constater, le niveau des ressources disponibles pour répondre aux besoins en santé mentale sur le territoire de Montréal-Centre est imposant, à tout le moins si on le compare à celui de la plupart des autres régions du Québec. L'argument voulant que notre région desserve aussi des clientèles extérieures à son bassin de desserte officiel ne doit pas faire illusion. Moins de 10 % des usagers des services n'habitent pas le territoire (pourcentage nettement moindre qu'en santé physique, par exemple), quoique le quart des personnes hospitalisées en longue durée viennent d'ailleurs. Par contre, il est vrai que des besoins particuliers existent dans un milieu urbain comme le nôtre, et qu'il faille tenir compte de facteurs historiques et contextuels, ne serait-ce que la présence d'hôpitaux à mandat d'enseignement et de recherche.

Si les ressources consenties ne sont pas négligeables, réussissent-elles à répondre adéquatement aux besoins de la population ? Nous tenterons de fournir quelques éléments de réponse en distinguant les clientèles selon qu'elles souffrent de troubles graves, de troubles transitoires ou de problématiques particulières.

Clientèle avec troubles graves

Comme nous l'avons vu, les personnes souffrant de graves problèmes de santé mentale ont fait l'objet de la majeure partie des efforts de transformation des services. Malgré leur nombre relativement faible (environ 2 % de la population), ce sont des personnes vulnérables, à haut risque de marginalisation, qui nécessitent plusieurs formes d'aide, vivant souvent dans des situations d'extrême pauvreté et qui doivent affronter des préjugés encore tenaces à leur égard.

Il faut aussi tenir compte d'une réalité nouvelle par rapport à cette clientèle : il s'agit de moins en moins de personnes « désinstitutionnalisées » ou n'ayant jamais vécu en institution, qui donc nécessitent d'autres types de services et aussi une nouvelle approche²⁰. Par exemple, on cherche davantage aujourd'hui à mettre en valeur les capacités

« Un rapport produit par le Groupe d'évaluation des nouvelles technologies recommandait que, étant donné les problèmes que nous avons dans l'organisation de services, le suivi intensif soit sous la responsabilité des hôpitaux. Mais ce n'est pas politically correct que les hôpitaux soient chargés du suivi intensif. »
Jacques Hendlisz

de la personne plutôt que de limiter à sa maladie ou à ses symptômes. Le principe général guidant le Plan d'action, soit l'appropriation du pouvoir^(t), malgré le côté encore un peu nébuleux de ce concept, participe de cette même vision : on cherche à augmenter l'emprise sur l'environnement, à faire en sorte que les gens puissent se prendre en main.

Ceci s'observe avec le logement, par exemple, où la clientèle souhaite de moins en moins des ressources de type hébergement, qui souvent constituaient une forme plus légère d'hospitalisation, mais plutôt l'accès au logement avec suivi ou soutien communautaire. Ainsi, le tiers des personnes seules inscrites sur les listes d'attente de HLM à l'Office municipal d'habitation de Montréal (OMH) ont déclaré des antécédents psychiatriques²¹. Pourtant, on a vu jusqu'à récemment des centres hospitaliers mettre sur pied des lieux d'hébergement en grand nombre. La Régie régionale a établi depuis quelque temps un partenariat avec l'OMH, la Fédération des OSBL d'habitation de Montréal, des organismes communautaires et des CLSC, afin d'offrir des services de soutien communautaire à des résidents de HLM souffrant de problèmes de santé mentale, souvent graves. La Direction de la santé publique assure l'évaluation de certaines de ces collaborations prometteuses.

Un autre volet tarde à se concrétiser, c'est l'intégration au travail, ou à d'autres activités productives. Ces deux types de besoins impliquent une approche intersectorielle tant à l'échelle locale, régionale que nationale ; pour l'instant, cela relève davantage de vœux pieux.

Quant au suivi dans la communauté, il existe divers modèles. On admet assez généralement aujourd'hui que, pour la clientèle la plus atteinte, celui du suivi intensif en équipe dans la communauté (parfois désigné par l'acronyme PACT pour *Program for Assertive Community Treatment*) est à privilégier²². Ce type de programme diminue le nombre et la durée des hospitalisations, augmente la satisfaction des usagers et de leurs proches et, si on considère l'ensemble des coûts, semble plus efficient que le modèle actuel.

(t) Aussi appelé *empowerment*, c'est-à-dire le sentiment d'avoir du contrôle ou de l'emprise sur l'environnement.

Ce suivi fait appel à une approche interdisciplinaire afin de fournir tous les services cliniques et de réadaptation dans le milieu de vie, en plus d'aider les personnes à répondre à leurs besoins matériels de base (logement, nourriture, vêtements...), toujours dans une perspective d'appropriation du pouvoir. Afin de prévenir les épisodes de crise, l'équipe doit être en mesure de répondre en tout temps aux situations de détresse.

On vise ainsi à s'assurer de la continuité des services — concept central depuis des décennies dans le domaine de la santé mentale. À l'heure actuelle, il n'existe aucun service de suivi intensif dans la région répondant à l'ensemble des critères du PACT, dont la

disponibilité des services 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et on estime à près de 2 000 le nombre de personnes qui pourraient en bénéficier.

Une des conditions essentielles au déploiement d'un tel programme est la présence d'un réseau intégré de services, tant institutionnels que communautaires, ce que devrait favoriser l'organisation d'ensemble du système québécois où services de santé et services sociaux sont intégrés. Une étude en cours à la Direction de la santé publique vise à mesurer le degré d'intégration des services dans trois secteurs et à en évaluer l'impact sur la clientèle avec troubles graves. Les résultats préliminaires font état d'écarts marqués d'un secteur à l'autre, affectant la satisfaction des besoins et la qualité de vie des usagers. Il semble que le type de réseau le mieux à même d'assurer un maintien adéquat dans la communauté présente les caractéristiques ci-après :

- diversifié en matière de ressources, et répondant de ce fait à divers types de besoins (hébergement, suivi communautaire, service de réintégration, centre de crise, centre de jour...).
- taille restreinte, c'est-à-dire disposant d'un nombre limité de ressources en lien constant avec les autres ressources du secteur.



- décentralisé, c'est-à-dire dont les liens interorganisationnels ne dépendent pas d'une ressource centrale. Le Plan d'action ministériel proposait d'ailleurs de désigner une « entité » sur chaque territoire pour coordonner les services et pouvoir réagir en tout temps. Mais cette mesure s'est butée à un double problème : d'une part, elle brime le libre choix des utilisateurs et, d'autre part, elle menace l'autonomie de gestion des organisations.

L'hôpital de jour constitue un autre type de service dont on reconnaît généralement le rôle majeur. Notons qu'à Montréal-Centre, il y en a dans chaque sous-région, souvent rattachés à des centres hospitaliers.

Les CLSC sont de plus en plus actifs auprès de la clientèle avec troubles graves. Entre 1997-1998 et 1999-2000, on note une hausse de 62 % du nombre d'usagers qu'ils desservent, passant de 1 922 personnes à 3 316. L'offre de service demeure toutefois encore variable d'un établissement à l'autre.

Depuis plus de 25 ans, le réseau communautaire joue, lui aussi, un rôle essentiel pour cette clientèle. Souvent source de questionnement et de renouvellement des pratiques, la variété de services et d'approches qu'il propose constitue une richesse qui n'est pas toujours pleinement exploitée à cause de problèmes d'arrimage avec le réseau public.

Enfin, dans une perspective plus préventive, l'intervention précoce auprès des jeunes psychotiques est une pratique de plus en plus préconisée²³. Si le jeune est référé dès les premières manifestations de la maladie, on observe un meilleur pronostic et une moindre détérioration de sa qualité de vie²⁴. Cette approche exige donc de sensibiliser les intervenants des cliniques jeunesse, du milieu scolaire ou des Centres Jeunesse, entre autres, aux comportements symptomatiques et compensatoires (comme la consommation abusive de drogues ou d'alcool) et d'identifier les mécanismes de référence appropriés. À cet égard, la double sectorisation pédo-psychiatrie—psychiatrie adulte constitue un obstacle à la continuité des soins.

Clientèle avec troubles transitoires

Nous avons vu au chapitre 1 que bien des gens sont susceptibles de souffrir, à un moment ou l'autre de la vie, de troubles dits transitoires — qui peuvent s'aggraver si on n'y apporte pas une réponse adéquate en temps opportun. Comme les politiques ministérielles sont axées sur les services à offrir aux personnes avec troubles graves, on a peut-être négligé ce genre de trouble de nature plus transitoire, pourtant nettement plus fréquents et dont on commence à peine à prendre la mesure en termes d'incapacité et de perte de qualité de vie, sans parler des conséquences d'ordre économique²⁵.

Le médecin de famille demeure le professionnel privilégié par les Montréalais pour discuter de problèmes de santé mentale. Dans la pratique, on observe toutefois une certaine réticence chez le patient, et il faut parfois partir d'un symptôme physique pour l'amener à parler de ses problèmes psychiques. On considère néanmoins que les médecins de famille, surtout les plus jeunes, ont reçu une formation leur permettant de dépister et de prendre en charge jusqu'à un certain point cette clientèle de manière adéquate²⁶.

De plus, des programmes de formation spécifiques, notamment pour améliorer le dépistage des troubles anxieux ou dépressifs, ont été organisés par la Régie régionale, ou le seront bientôt. En Suède²⁷, un tel programme a eu pour effet de réduire substantiellement les dépenses affectées au traitement de la dépression grâce à une prise en charge précoce et aussi de diminuer le recours aux soins psychiatriques hospitaliers. On a par ailleurs observé une réduction du taux de suicide.



*« Il faut supporter
ceux qui ont des
problèmes transitoires,
avant qu'ils ne
deviennent sévères
et à long terme. »
Denis Aumais*

Toutefois, du côté des médecins de famille, on observe une certaine résistance à traiter les personnes souffrant de problème de santé mentale. Ceci s'explique en grande partie par l'investissement de temps que requiert l'investigation de ce type de problème : souvent, plusieurs entrevues sont nécessaires avant d'en arriver à un diagnostic sûr. Parallèlement, il faut souligner le manque d'attrait financier à prendre en charge cette clientèle dans le cadre d'un mode de rémunération à l'acte.

D'autres facteurs entrent aussi en ligne de compte. Le problème majeur, d'abord, qui est la référence. Si le patient est dans un état grave, on peut le diriger vers l'urgence psychiatrique. À l'opposé, pour un problème mineur comme une dépression passagère ou situationnelle, les médecins peuvent eux-mêmes effectuer la prise en charge. Mais la question se pose pour tous les cas se situant entre ces deux extrêmes. À la rigueur, si le patient dispose de moyens financiers suffisants, on peut l'orienter vers une démarche thérapeutique en privé. Mais même pour ceux bénéficiant d'une assurance, le nombre de séances auxquelles ils ont droit est limité.

Le manque d'accès aux services de 2^e ligne en santé mentale à Montréal est préoccupant : il faut compter plusieurs mois avant d'obtenir un rendez-vous en psychiatrie. Le concept de soins partagés, qui commence à prendre forme dans certaines sous-régions de Montréal, offre une voie de solution qu'il faut encourager. Il met l'accent sur les échanges d'expertise et de collaboration entre les médecins de famille et les services de 2^e ligne, comme le proposait le récent rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux²⁸.

Plus concrètement, il s'agit d'échanges en face à face sur une base régulière avec le médecin de famille, tout en lui assurant qu'il aura accès à des services de consultation et de soutien, que ce soit pour la médication, l'approche thérapeutique à privilégier ou l'identification de ressources pertinentes. Un tel programme implanté en Ontario a montré que l'apport de ces ressources spécialisées contribue à soutenir le rôle du médecin, que cela améliore la continuité des soins et augmente l'accès aux services spécialisés. Il serait intéressant de vérifier si l'organisation des services de 2^e ligne en cliniques spécialisées (selon le diagnostic ou l'approche thérapeutique), comme on l'observe dans certains départements de psychiatrie, favorise ou non la mise en œuvre d'un tel modèle²⁹.

L'absence d'une ressource centrale d'information sur l'ensemble des services et organismes œuvrant dans le champ de la santé mentale est une autre lacune qui gêne le travail des professionnels de 1^e ligne et qui serait également profitable à la clientèle si elle pouvait y avoir accès³⁰.

Avec la clientèle atteinte de troubles transitoires, les CLSC ont vu augmenter le nombre d'utilisateurs — mais dans une proportion moindre que dans le cas de la clientèle à troubles graves (soit de 23 852 en 1997-1998 à 27 033 en 1999-2000). Le Tableau de bord central de la Régie régionale paru en janvier 2001 notait néanmoins : « l'augmentation du volume d'utilisateurs desservis ne présume pas d'une réponse adéquate aux besoins de la clientèle. Les ressources planifiées pour assurer les services de base en santé mentale tardent à être allouées. »³¹

Tout comme pour les personnes souffrant de troubles graves, les organismes communautaires jouent là aussi un rôle. En particulier, les groupes d'entraide, souvent animés et encadrés par des personnes qui vivent ou ont vécu avec ces troubles, constituent une ressource importante pour les personnes atteintes.

Dans un cas particulier, celui des troubles anxieux chez les jeunes, le diagnostic et le traitement laissent souvent à désirer, alors qu'il serait assez simple d'améliorer la situation par des sessions d'information et de formation³². Il existe en effet un

large éventail d'interventions d'efficacité reconnue que peuvent offrir les intervenants de 1^e ou de 2^e ligne ainsi que les groupes de soutien et d'entraide. Une intervention précoce est d'autant plus pertinente qu'un fort taux de comorbidité est souvent associé aux troubles anxieux qui sont, dans la majorité des cas, les troubles qui se manifestent en premier. Enfin, ces troubles survenant souvent vers la fin de l'adolescence et le début de la vingtaine, les jeunes constituent la cible privilégiée d'interventions.



C'est à la lumière de ces informations que la Régie régionale de Montréal-Centre a lancé une campagne de sensibilisation aux troubles anxieux chez les jeunes de 14 à 25 ans. Sachant qu'il y a risque d'accroître la demande d'aide sans que le réseau puisse y répondre adéquatement, on procédera d'abord à la sensibilisation et à la formation des intervenants de 1^e ligne (médecins et intervenants psychosociaux) au dépistage, à la référence et au traitement des troubles anxieux chez les jeunes. De plus, un diagnostic organisationnel dans chacune des sous-régions permettra d'optimiser l'organisation actuelle, qu'il s'agisse de disponibilité, d'accessibilité et de continuité.

« Il faut respecter la
personne itinérante
malade qui oppose un
refus catégorique
à la recherche
de services. »
André Luyet

Clientèles particulières

Que ce soient les personnes atteintes de troubles graves ou celles souffrant de troubles transitoires, et mis à part les problèmes d'accès évoqués, toutes les personnes nécessitant des soins ne reçoivent pas l'aide qu'il leur faut. C'est parfois parce qu'elles sont réfractaires aux services, mais c'est souvent aussi parce que le réseau est incapable de leur fournir une réponse adaptée.

Prenons, par exemple, les membres de la communauté homosexuelle qui, pour plusieurs d'entre eux, ont une certaine difficulté à assumer les conséquences de leur orientation (ruptures familiales, isolement social...). Les personnes vivant avec le VIH-SIDA, elles aussi, requièrent souvent un fort soutien psychologique pour être en mesure d'affronter leur état, sans parler des complications de nature organique présentes chez celles qui développent la maladie, particulièrement à ses stades avancés³³.

Par ailleurs, les personnes présentant des problématiques multiples ont plus de difficultés à se prévaloir des services et sont aussi plus vulnérables aux défaillances dans l'offre de services. On pense surtout aux troubles de la personnalité, aux problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie ou de déficience intellectuelle qui se juxtaposent à des problèmes de santé mentale. Les intervenants sont réticents à assurer une aide suivie à ces personnes et peu de services spécialisés existent. On

connaît cependant quelques expériences encourageantes, comme les services de liaison communautaire qu'offrent certains hôpitaux aux patients instables, dont une grande proportion font usage d'alcool et de drogues et qui, souvent, sont des sans-abri.

Comme nous l'avons vu, une forte proportion des sans-abri connaissent des problèmes de santé mentale : beaucoup ont été de grands utilisateurs des services de santé mentale au cours de leur vie quoique, dans la période plus récente, ce taux d'utilisation chute de manière marquée³⁴. L'accueil peu engageant que leur réservent certains intervenants du réseau explique en partie leur éloignement des services. De plus, ils obtiennent souvent leur congé des urgences ou des unités de soins psychiatriques de façon prématurée, sans mécanisme de liaison avec les ressources communautaires susceptibles de les accueillir. On constate donc un grand besoin de formation et d'information chez les professionnels de la santé. Il faudrait peut-être aussi envisager de centraliser les ressources spécialisées, de façon à consolider l'expertise disponible.

Une démarche novatrice mérite toutefois d'être soulignée : l'équipe du CLSC des Faubourgs se consacre à cette clientèle, elle cherche à la rejoindre dans son milieu de vie et expérimente de nouvelles approches.

Un autre type de service est lui aussi à encourager : il s'agit de l'hébergement avec services de soutien, comme des thérapies de groupe et individuelles, la réintégration au travail et un intervenant pivot qui soutient la personne dans la recherche d'une réponse à ses besoins. Des expériences américaines ont démontré l'intérêt de cette approche, soit un impact favorable sur le plan de la symptomatologie et de la qualité de vie ainsi qu'une diminution dans l'utilisation des services d'urgence et hospitaliers³⁵.



*« Le Surgeon General
des États-Unis
soulignait le problème
crucial en santé
mentale actuellement,
c'est que les
communautés
culturelles ne
consultent pas. »
Rose-Marie Charest*

Autre cas particulier, les personnes avec un problème de santé mentale qui commettent un délit. À cet égard, des progrès ont été accomplis, grâce aux services de l'Urgence psychosociale, par exemple, qui ne sont malheureusement pas offerts à l'ensemble des territoires de CLSC, et des organismes comme Diogène qui participent à la réinsertion sociale après une incarcération, sans oublier, bien sûr, des services offerts par l'Institut Pinel. La loi 39^(u), en vigueur depuis trois ans, participe à ce même effort de déjudiciarisation en autorisant les policiers à amener une personne contre son gré à une urgence psychiatrique ou à un CLSC. Cette mesure n'est pas anodine quand on sait que le Service de police de la communauté urbaine de Montréal reçoit chaque année environ 3 000 appels concernant des personnes aux prises avec un problème de santé mentale³⁶.

Enfin, réalité grandissante dans le contexte montréalais, la population immigrante présente elle aussi des défis particuliers. Globalement, les personnes vivant une expérience migratoire s'exposent à un éventail de stress pouvant déclencher divers troubles mentaux. Ces stress peuvent se présenter à divers moments : à l'arrivée au pays d'accueil — par le choc de l'insertion dans un nouvel univers social, culturel et institutionnel, mais aussi avant le départ du pays d'origine, notamment pour ceux qui ont été témoins de violence, comme c'est souvent le cas des réfugiés. La migration vulnérabilise d'autant plus qu'elle concrétise une rupture sociale et familiale, et qu'elle s'accompagne d'incertitudes et d'instabilité. Une étude récente réalisée à la Direction de la santé publique auprès de femmes immigrantes révèle que la plupart des troubles émotifs sont liés à l'isolement et à la séparation familiale qu'entraîne la migration³⁷.

La communication pose aussi parfois des difficultés. La méconnaissance de la langue cause une insécurité qui peut devenir une grande source d'anxiété. Il s'agit aussi d'un obstacle non négligeable lors d'une évaluation psychiatrique. Enfin, on observe parfois dans la pratique des comportements considérés normaux dans certaines cultures qui peuvent être perçus comme pathologiques dans une autre.

(u) Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.

Le réseau d'aide informel

Avec l'avancement de la psychopharmacologie et les diverses transformations du réseau de la santé, de plus en plus de personnes présentant des troubles mentaux sont et seront traités hors des institutions. Dans un tel contexte, le rôle de l'entourage est essentiel non seulement pour apporter l'assistance et les soins de base à la personne dépendante mais aussi pour s'assurer qu'elle reçoive les soins et les autres services requis.

Pour un grand nombre de personnes atteintes d'un trouble mental, la famille représente la principale source de soutien et, en même temps, constitue leur milieu d'accueil. La situation des proches demeure cependant fragile et l'aide qu'ils apportent à la personne dépendante peut avoir de sérieuses répercussions sur leur santé physique et mentale. En effet, certaines études ont mis en évidence un niveau plus élevé de détresse psychologique chez les aidants de même que de nombreux événements stressants. Comme le souligne le MSSS³⁸, « très souvent, les familles et les proches investissent à un point tel qu'ils s'essouffent, faute de soutien suffisant. »

Un consensus existe quant à l'importance de la contribution des aidants. D'ailleurs, le Comité pour la Révision du cadre de référence sur les services à domicile³⁹ reconnaît l'apport des proches qui vivent avec une personne ayant des incapacités et affirme la nécessité de les soutenir en tenant compte des besoins spécifiques découlant de leur engagement.

Le portrait des aidants naturels et des personnes aidées

Selon les données obtenues grâce au volet postal de notre enquête, une personne sur trois (35 %) a dans son entourage un proche souffrant de problèmes de santé mentale. De ce nombre, la moitié sont des aidants selon les critères de l'étude, soit 17 % de la population totale. Leur âge moyen est de 42 ans et les femmes sont un peu plus nombreuses à tenir ce rôle que les hommes (55 % contre 45 %). On retrouve une plus grande proportion d'aidants chez les jeunes âgés de 18 à 24 ans, chez les personnes actives (aux études ou en emploi), chez les personnes séparées ou divorcées ou membres de familles monoparentales et enfin, chez les personnes nées au Canada. Notons que le tiers des personnes

« La souffrance des personnes aidantes est tout à fait réelle, et il faut la dire. »

André Luyet

« C'est souffrir d'aider quelqu'un sans en avoir les moyens. »

Rose-Marie Charest

reconnues comme aidants se qualifie d'aidant principal. Enfin, on observe un lien étroit entre la souffrance psychique et le fait d'être aidant en ce sens que, par rapport à la population générale, les aidants sont plus nombreux à présenter des problèmes de santé mentale.

Selon les données recueillies, l'aidé est plus souvent une femme (54 %), est âgé entre 25 et 44 ans dans la moitié des cas, pour un âge moyen de 39 ans. Il s'agit le plus souvent d'un ami de l'aidant (36 %), ou d'un membre de la famille proche (frère, sœur, père, mère — 19 %), ou de la famille élargie (enfant — 10 %, ou conjoint — 6 %) ; enfin, les voisins et les collègues de travail comptent pour 13 % des aidés. Les troubles dont souffrent ces aidés sont surtout de type dépressif (38 %), mais aussi des problèmes de toxicomanie (22 %) et des troubles psychotiques ou anxieux (plus de 10 % chacun). Pour 43 % des aidés, les problèmes de santé mentale n'occasionnent aucune incapacité^(v). Un aidé sur cinq présente au moins trois de ces difficultés. Enfin, pour très peu d'entre eux (5 %), le problème est récent, c'est-à-dire qu'il se manifeste depuis moins d'un an.

L'aide fournie par les aidants

Même si l'ampleur de l'aide fournie par les aidants à un proche aux prises avec des problèmes de santé mentale est largement reconnue, il est difficile d'évaluer précisément cette réalité puisqu'elle n'est pas comptabilisable comme le sont les soins dispensés en institution.

Tableau 1

Proportion des aidants qui ont effectué chacune des activités d'aide au cours des 4 semaines ayant précédé l'enquête (n=405)

Activités d'aide	%
A. Tâche associées à l'assistance et aux soins de la personne dépendante	
Soutien moral / psychologique	97
Soins médicaux	68
Soutien dans l'organisation de la vie quotidienne	48
Surveillance	36
Soins physiques	30
B. Tâches associées à la médiation entre la personne dépendante, la communauté et les services publics.	
Mobilisation des ressources de santé et de services sociaux	60
Médiation pour assurer l'intégration sociale	35

(v) On entend par incapacité la difficulté à s'occuper de soi, à effectuer son travail, ses études ou ses activités de loisirs et la difficulté dans ses relations avec les membres de la famille ou les amis.

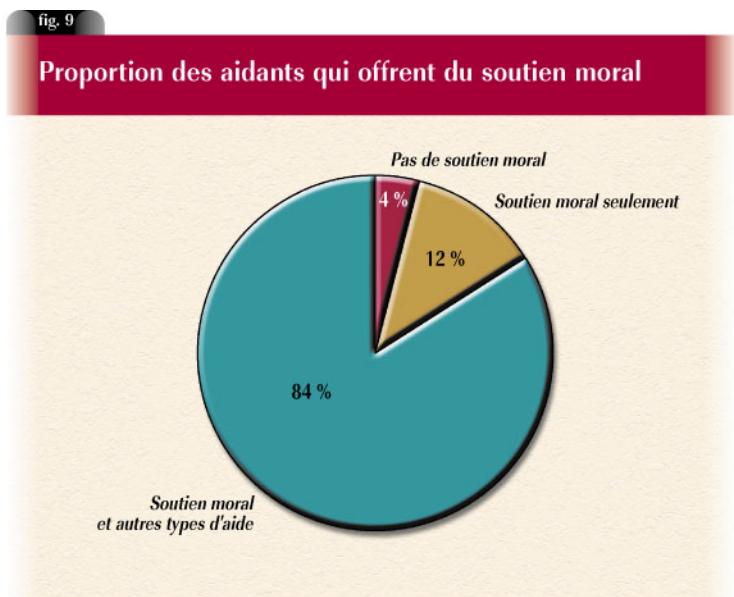
Contrairement à bon nombre d'études, les activités répertoriées dans notre enquête ne se sont pas limitées à l'aide « instrumentale » (soins personnels, tâches domestiques, etc.) mais couvrent un large éventail d'activités).

On observe donc que, si pratiquement tous les aidants offrent un soutien moral ou psychologique, 12 % d'entre eux seulement se limitent à cette forme d'aide. Par ailleurs, la surveillance occupe une place centrale dans la prise en charge puisque, bien souvent, les aidés ne peuvent rester seuls. Bien que le temps consacré à cette activité soit difficile à mesurer, cet aspect du rôle d'aidant est une source importante de préoccupation pour lui. Comme l'ont

remarqué des chercheurs⁴⁰ : « la surveillance va bien au-delà d'une simple présence ; il s'agit bel et bien d'une surveillance active, souvent similaire à celle exercée auprès de jeunes enfants. Elle peut même être synonyme de présence constante, notamment pendant les périodes de crise. »

La médiation entre la personne dépendante, la communauté et les services publics prend aussi une grande place dans le travail d'aidant. De fait, les aidants sont nombreux à s'y consacrer et ces tâches exigent d'eux un grand investissement puisque les personnes qu'ils soutiennent sont fréquemment en contact avec les ressources institutionnelles et communautaires et peuvent avoir des difficultés dans leurs relations avec leur communauté (voisins, propriétaire, employeur, etc.).

L'analyse du nombre d'activités d'aide (parmi les 7 types évalués) montre bien l'ampleur de cette tâche : 12 % des aidants seulement ne fournissent qu'un seul type d'aide, alors que plus de la moitié (55 %) en offrent quatre ou plus. Offrir un tel soutien à un proche nécessite vraisemblablement une présence et un suivi réguliers. Par ailleurs, le fait de ne pas habiter avec l'aidé ne signifie pas pour autant que l'ampleur de la tâche soit moindre. En effet, la comparaison entre le nombre de



tâches effectuées selon que l'aidant habite ou non avec l'aidé ne met en évidence aucune différence significative, mais le fait d'être l'aidant principal influe de façon significative sur l'ampleur de l'aide fournie. Celle-ci est aussi liée de près à la nature et à la sévérité du problème de l'aidé. Ainsi, l'aidant effectue davantage de tâches dans le cas de problèmes de toxicomanie ou de troubles psychotiques et maniaco-dépressifs, et moins s'il s'agit de troubles anxieux ou dépressifs. Enfin, le nombre d'activités d'aide augmente sensiblement avec le nombre d'incapacités de l'aidé, ainsi que dans les cas où l'aidé reçoit des services, surtout des services lourds.

L'expérience d'aide

Fournir régulièrement du soutien à un proche n'est pas sans répercussions pour l'aidant et nous désirions connaître comment celui-ci vit cette expérience d'aide.

Plusieurs éléments ressortent des analyses réalisées pour connaître les facteurs associés à une expérience d'aide plus négative par l'aidant. Il s'agit d'abord de la gravité du problème de l'aidé, du nombre de ses incapacités et de la durée de son trouble. Il est intéressant de noter que le type de trouble n'est pas un facteur déterminant, mais qu'une évaluation plus négative est plutôt associée à l'incapacité qu'a l'aidé à exercer ses activités habituelles. Les autres éléments ont trait à l'engagement de l'aidant, soit le nombre de tâches effectuées, le fait d'être l'aidant principal, ou d'être le parent ou un membre de la famille proche. Par ailleurs, l'expérience est vécue plus négativement quand l'aidant est une femme. Cela pourrait expliquer le fait que les femmes ont une approche plus affective, un engagement plus émotif face à la situation d'aide tandis que les hommes ont plutôt une approche plus rationnelle et centrée sur l'action. De même, l'état de santé mentale fragilisée de l'aidant, exprimée par des idées suicidaires et la consommation de médicaments, pour raison de santé mentale, est lié aussi à une évaluation plus négative.

En même temps, un grand nombre d'aidants vivent aussi des expériences personnelles positives. On observe un lien entre l'engagement de l'aidant et le fait de vivre des aspects positifs. Ainsi, l'engagement est déterminant à la fois pour les facteurs positifs et négatifs de l'expérience.

D'ailleurs, on observe une forte corrélation entre les deux dimensions de l'expérience, ce qui indique que celle-ci n'est pas unipolaire, c'est-à-dire soit négative, soit positive. Au contraire, elle peut être à la fois lourde et gratifiante.

Les services utilisés par les aidants et leurs besoins de services

Dans l'objectif d'évaluer l'adéquation des services, nous avons examiné les services reçus par l'aidant en lien avec son rôle de soutien. Parmi les aidants, 22 % ont fait appel à des services au cours des 12 derniers mois ; 11 % ont consulté un travailleur social, 10 % un médecin et 7 % ont fait appel à des groupes d'entraide. Parmi les aidants ayant fait appel à des services, environ les deux tiers ont eu recours à deux services et plus. De plus, 36 % ont indiqué que le professionnel auquel ils avaient fait appel le plus fréquemment est le travailleur social, alors que c'était plutôt les groupes d'entraide pour 12 % d'entre eux. Ces services ont été reçus le plus souvent dans un organisme communautaire (18 %) ou dans un CLSC (17 %). Ajoutons que la majorité des aidants (83 %) n'ont assumé aucun coût pour ces services et que, pour plus de la moitié d'entre eux (61 %), les services correspondaient à leurs besoins.

Les analyses servant à identifier les déterminants de l'utilisation des services ont mis en évidence un lien entre le nombre d'incapacités de l'aidé et le recours aux services par l'aidant. De toutes les variables décrivant le problème de l'aidé, seule celle-ci s'avère significative ; d'ailleurs, elle est plus déterminante que le type de problème. Le type de lien avec l'aidé et l'engagement de l'aidant dans la relation sont aussi associés avec le recours à des services. En effet, si l'aidant est un parent de l'aidé ou s'il vit avec cette personne, il fait davantage appel à des services. Étonnamment, le nombre de tâches n'est pas un facteur déterminant de l'utilisation des services. Enfin, les aidants ayant déjà utilisé des services pour leurs propres problèmes de santé mentale utilisent davantage les services pour les soutenir dans leur rôle. On peut penser qu'ils connaissent mieux le réseau de la santé et des services sociaux et qu'ils ont moins de réticences à consulter.

Quant aux services souhaités par les aidants, notons qu'un peu plus de la moitié d'entre eux (57 %) aimeraient recevoir des services qu'ils n'ont pas. Quand on les interroge sur le service ou professionnel qu'ils jugent le plus important parmi les services désirés, le 26 % indiquent le psychologue, 19 % le travailleur social et 13 % les groupes d'entraide.

Ces résultats laissent supposer que les besoins des aidants sont plutôt de l'ordre du soutien moral ou psychologique que de l'aide instrumentale ou du répit. La raison principale pour laquelle ils ne reçoivent pas ces services est, dans près du tiers des cas, qu'ils ne savent pas où s'adresser ; d'autres invoquent aussi les coûts (30 %) et les problèmes d'accès (15 %).

La promotion et la prévention en santé mentale

La santé mentale et les troubles mentaux constituent deux dynamiques qui coexistent. Il faut donc, du point de vue de la santé des populations, avoir recours à des approches complémentaires permettant de réduire

l'incidence des troubles mentaux par la prévention et d'optimiser l'état de bien-être psychologique par la promotion de la santé.

Grâce à la recherche scientifique, on distingue aujourd'hui deux cibles principales pour la promotion de la santé et la prévention. Il s'agit, d'une part, de l'appropriation du pouvoir, soit le sentiment d'avoir du contrôle ou de l'emprise sur l'environnement et, d'autre part, de la résilience, cette robustesse psychologique qui fait que certaines personnes ont plus de facilité

que d'autres à traverser l'adversité et les obstacles incontournables de la vie. Il est intéressant de savoir que ces attitudes favorables à la santé mentale peuvent s'acquérir. Au niveau individuel, plusieurs formes de psychothérapie reposent sur cette logique. Au niveau collectif, ce sont les approches dites de promotion de la santé qui adoptent, en plus des perspectives d'apprentissage individuel, des stratégies de mobilisation sociale et politique.



Des chercheurs se sont intéressés aux gens qui réussissent à surmonter ces situations difficiles, qui possèdent une sorte de résistance naturelle, ce que l'on appelle la résilience. Ils ont trouvé que certaines personnes peuvent traverser des expériences difficiles (conditions de vie pénibles, familles pathologiques, divorce, mortalité, maladie, torture) sans se désorganiser. Ces recherches mettent en évidence certains états d'esprit que les personnes résilientes semblent partager. Par exemple :

- Elles portent attention à la situation présente plutôt qu'à la situation globale — rendre un mourant confortable plutôt que penser à la mort.
- Elles trouvent des façons de donner un sens positif aux situations difficiles.
- Elles adoptent une approche franchement positive, qui présuppose que les problèmes sont temporaires plutôt que permanents — « j'ai une mauvaise journée », plutôt que « tout va toujours mal ».
- Elles tendent à être plus spécifiques dans leur analyse des choses — « j'ai une mauvaise habitude », plutôt que « je ne vauz rien ».
- Elles se donnent du crédit pour les choses qui vont bien et attribuent au monde extérieur les choses qui vont mal — « je suis un bon golfeur, mais mon bâton est de mauvaise qualité ».

L'interaction entre la personne et son contexte de vie, et surtout l'emprise que peut exercer la personne, définissent ce qu'on appelle l'appropriation du pouvoir ou *empowerment*. De nombreuses études ont souligné la forte association entre l'absence d'emprise et une mortalité accrue ⁽⁴¹⁾.



L'appropriation du pouvoir se comprend comme un concept à plusieurs facettes selon lequel les gens assument le contrôle ou la maîtrise sur leur vie dans le contexte de leur environnement social et politique. Par leur participation à la vie démocratique et sociale et leur volonté d'amener des changements sociaux à quelque niveau que ce soit, les gens acquièrent le sentiment qu'ils exercent un certain contrôle sur leur vie et peuvent espérer atteindre des buts personnels et collectifs.

Dans son dernier rapport annuel, l'OMS nous interpelle avec ce qu'elle qualifie d'« épidémie » de troubles mentaux, et son impact économique, social et politique, et nous convie à consacrer bien davantage d'efforts à la promotion de la santé mentale et à la prévention des troubles mentaux. Les coûts liés au déploiement de ces programmes sont minimes si on les compare aux économies qu'ils peuvent engendrer. Cette démonstration a notamment été faite en milieu de travail où les conséquences d'un trouble mental chez un individu sont immédiatement quantifiables : outre les coûts d'utilisation des services de santé, cette morbidité s'accompagne d'une baisse de productivité très marquée, pour les entreprises et la société, et de pertes économiques substantielles.

Soulignons qu'à l'instar de plusieurs autres problèmes de santé, notamment la santé du cœur, les services de santé n'apportent qu'une partie de la solution. La crise du financement des services de santé et les difficultés qu'ont connues les programmes de désinstitutionnalisation ajoutent à l'incapacité relative des approches cliniques de suffire à la tâche. L'action sur les facteurs de risque, par la prévention, et sur les facteurs de protection, par la promotion de la santé mentale, constituent donc plus que jamais la clé d'une prise en charge globale des questions de santé mentale.

Avant de préconiser d'investir davantage dans ce domaine, il convient d'examiner sur quoi agissent les programmes de promotion et de prévention et la nature des impacts démontrés par la recherche.

Les impacts de la promotion de la santé mentale

Selon une analyse récente des impacts de la promotion de la santé mentale⁴², on peut distinguer quatre niveaux d'impact : la santé, le social,

l'économique, le politique. Il peut être intéressant d'examiner les variables qui peuvent ainsi être influencées.

Les effets des interventions sur la santé ont notamment trait à la qualité de vie, la satisfaction, les sentiments de compétence, l'estime de soi, les sentiments de maîtrise et la participation à la création d'environnements de vie favorables. Il en résulte une réduction de l'agressivité, des problèmes de comportement, des troubles de l'apprentissage, de l'abus et de la négligence. Enfin, pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques, on a démontré une amélioration du fonctionnement sain, des périodes libres de troubles ainsi qu'une réduction de certains symptômes, avec moins de dépression, de somatisation, d'anxiété et de rechutes.

La promotion de la santé mentale agit également sur des facteurs d'ordre social, comme des relations interpersonnelles de meilleure qualité, la capacité de faire preuve d'empathie et de soutien, une participation sociale accrue, la tolérance et le sentiment de responsabilité sociale, et enfin le sentiment d'emprise sur sa vie et son environnement.

On constate aussi des effets économiques mesurables, soit une réduction de la durée d'hospitalisation, du recours aux services judiciaires, des dépenses en assurance et en incapacité au travail.

Enfin, les effets d'ordre politique ne sont pas négligeables puisque l'amélioration de la santé mentale a aussi des répercussions sur des questions d'ordre public comme l'agression, la violence, la délinquance, l'abandon scolaire ou l'organisation du travail.

Les impacts de la prévention des troubles mentaux

L'action préventive porte sur la réduction des facteurs de risque qui amèneraient le développement ou l'exacerbation de pathologies. La prévention suppose généralement que l'on a une bonne connaissance des causes d'un problème ou, du moins, des facteurs qui modulent son expression. En effet, bien que nous comprenions mieux le fonctionnement du cerveau, nous connaissons encore mal les causes des troubles mentaux. L'avancement actuel de la recherche en génétique et en

« Les efforts de promotion et de prévention (campagne publique) n'apparaissent encore très classe moyenne blanche. Il faut développer de nouvelles stratégies. Daniel Fecteau

biologie moléculaire promet cependant que des mesures préventives de nature plus précise deviendront réalisables dans un proche avenir.

Les chaînes de causalité des troubles mentaux sont complexes. Malgré cette limite à nos connaissances, il est possible de réduire l'incidence des troubles mentaux en agissant, avant leur apparition, sur un ensemble de facteurs biologiques, psychosociaux ou physiques connus pour leur rôle causal. La prévention s'attaque tant aux facteurs de risque tant aux conditions pathogènes⁴³. À titre d'exemple, des découvertes récentes démontrent que, malgré la présence de facteurs génétiques associés à la schizophrénie, il est possible d'agir sur l'environnement et d'en prévenir les manifestations⁴⁴. Outre les facteurs biologiques, certains événements comme la rupture chez un couple, le décès d'un être cher, des difficultés économiques, le racisme, une mauvaise santé physique ou des incapacités, sont autant de facteurs de risque à l'égard desquels une action préventive est possible.

C'est pourquoi les programmes d'entraide et de soutien social, les programmes de gestion du stress en milieu de travail, les programmes d'aide aux endeuillés, les programmes de formation au dépistage des états dépressifs, constituent autant d'initiatives qui agissent directement sur des facteurs de risque liés à la chaîne de causalité de nombreux troubles mentaux.

Les programmes de promotion et de prévention

Il existe de nombreux programmes de prévention et de promotion en santé mentale qui s'adressent aux jeunes à diverses étapes de leur développement (phase périnatale, préscolaire ou scolaire). En effet, grâce à diverses initiatives gouvernementales, la promotion de la santé mentale chez les enfants prend de plus en plus de place ; pensons aux programmes *Naître égaux — Grandir en santé*⁴⁵, *Grandir, le magazine des parents*⁴⁶ ou l'initiative *1,2,3 Go*⁴⁷. D'autres initiatives politiques (*Un Québec fou de ses enfants*) ont aussi contribué à l'émergence de ce secteur.

En comparaison, la clientèle adulte est l'enfant pauvre de la prévention en santé mentale. De ce côté, on en est encore qu'à des débuts, certes imaginatifs mais trop modestes, comme le programme régional *La prévention, ça commence dans ma cour*, diffusé dans notre région depuis 1995.

Les interventions préventives ou promotionnelles développées pour les adultes tendent à se moduler en fonction des étapes charnières de la vie (relations amoureuses, naissance d'un enfant, entrée sur le marché du travail, retraite, etc.). Par exemple, certains programmes cherchent à minimiser l'impact de facteurs de risque sur la santé mentale, comme le divorce, une grossesse sans soutien, le stress au travail, la perte d'emploi, la pauvreté chronique, la discrimination, et autres. Parallèlement, ils visent à renforcer les facteurs de résilience des individus en les habilitant à résoudre leurs problèmes, en favorisant le développement de réseaux de soutien et en assurant une gamme de services médicaux et sociaux accessibles pour tous⁴⁸. Un exemple type de programme fréquemment cité est le *The San Francisco Depression Prevention Research Project*. Ce programme de prévention secondaire visait à réduire l'incidence de la dépression chez des patients de 1^e ligne de communautés culturelles à faible revenu⁴⁹. Les résultats ont montré une diminution significative des taux de dépression et ont eu des effets bénéfiques probants, même après un an.

Dans notre région, les principaux programmes de prévention-promotion destinés aux adultes visent surtout à prévenir les effets négatifs du stress et à améliorer leurs ressources personnelles d'adaptation à certaines périodes critiques de la vie⁵⁰. Pour les femmes, des interventions spécifiques ont été mises en place afin d'améliorer leur capacité d'adaptation au stress, favoriser leur développement optimal, leur autonomie et leur prise en charge personnelle. De plus, d'autres programmes visent à outiller les personnes sans emploi pour les aider à conserver un bon équilibre psychique. Quelques programmes ont aussi été conçus pour les couples en vue de faciliter l'adaptation aux événements de vie stressants, comme l'arrivée d'un enfant, la perte d'un emploi, la séparation ou le divorce, etc. Enfin, certains programmes offrent aux aidants naturels un soutien sous forme de répit-dépannage⁵¹.

Malheureusement, leur ampleur était généralement modeste, leur durée éphémère, et trop peu ont pu être évalués. Bien qu'on ait démontré de manière scientifique l'efficacité des programmes de prévention-promotion, quand on observe ce qui s'est fait au Québec et au Canada, on voit que les programmes demeurent largement sous-financés et que les mécanismes visant à en assurer le déploiement systématique sont déficients.

Un enjeu prioritaire en promotion : les inégalités sociales

La pauvreté se définit bien au-delà d'un faible revenu et il faut la considérer comme une réalité multidimensionnelle caractérisée par un ensemble de privations d'ordre matériel et social⁵². Les inégalités sociales résultent, entre autres, d'une sous-scolarisation, de conditions de travail déficientes, d'inactivité économique et d'exclusion des processus de décision⁵³.

Plusieurs défis se posent quant aux conséquences de ces inégalités sur la santé mentale des adultes. Ainsi, les conditions qui vont souvent de pair avec la pauvreté, comme la rudesse du quotidien, les préjugés sociaux, les règles sociales et administratives lourdes ou la perte de pouvoir, ont une influence significative sur la santé mentale⁵⁴. De fait, nombre d'études épidémiologiques confirment que la pauvreté est une condition aggravante qui peut entraîner des perturbations de la santé mentale⁵⁵. Surtout chez les jeunes adultes, les difficultés d'insertion sur le marché du travail ainsi que le taux de chômage élevé constituent des facteurs de stress qui risquent d'avoir de nombreux effets sur leur santé mentale. Ainsi en va-t-il aussi pour de nombreux nouveaux arrivants qui, du moins pour les premières années de leur intégration, doivent faire face à une précarité économique toute nouvelle pour eux⁵⁶.

Bien que l'importance des facteurs de risque individuels sur la santé mentale soit reconnue, on estime qu'il faut agir aussi sur les déterminants plus globaux en faisant appel au modèle écologique de la pauvreté⁵⁷. Celui-ci présente l'avantage de tenir compte des risques environnementaux qui, en contexte de pauvreté, peuvent conduire à des problèmes de santé mentale.

« La réponse au problème n'est pas exclusive à la santé. Les conditions de vie y participent. Il faut être acteur pour pousser aussi les autres à agir pour que nos systèmes de santé, d'éducation..., s'adaptent aux milliers de besoins des personnes. »
Ghislain Goulet

Mentionnons, par exemple, la déstructuration familiale, la désorganisation des quartiers, l'isolement social, la stigmatisation et le manque d'accès aux services sociaux et de santé. En somme, des conditions de vie stressantes, une faiblesse ou une absence de soutien social ainsi qu'une incapacité à faire face aux problèmes, tout cela fragilise la santé mentale des individus.

On estime même que les divers facteurs liés à la désinsertion sociale seraient encore plus déterminants sur la santé mentale d'un individu que ne l'est la pauvreté⁵⁸. Afin d'éviter la stigmatisation, il est recommandé de s'attaquer à la pauvreté plutôt qu'aux pauvres. La société doit viser à donner accès à tous à un environnement égalitaire pour que tous, par conséquent, bénéficient d'un contexte socioéconomique plus sain. Ce principe acquis, il devient plus facile pour l'individu d'établir des relations interpersonnelles saines, d'avoir recours à un réseau d'appartenance, et finalement de bénéficier d'une reconnaissance sociale.

Outre les inégalités économiques, il faut également aplanir celles relatives à l'éducation, au genre, aux incapacités physiques ou mentales, aux lieux de vie ainsi qu'à l'appartenance ethnoculturelle, car elles sont autant de barrières environnementales et structurelles à une bonne santé mentale.

Milieu de travail et santé mentale

Le travail, malgré de profonds bouleversements, joue encore, dans les sociétés occidentales, un rôle déterminant dans la constitution des identités personnelles et collectives. Par contre, il a connu au cours des dernières décennies des mutations, tant dans son contenu que dans son organisation et dans les conditions d'emploi. Les modifications du contenu du travail sont à placer en relation avec la croissance du secteur des services et le développement de nouvelles technologies qui ont amené de nouvelles contraintes physiques et cognitives, liées notamment à l'informatisation et à l'automatisation. En somme, si le travail est moins exigeant physiquement, il l'est davantage sur les plans psychologique et émotionnel⁶⁰.

Au chapitre de l'organisation du travail, les mutations se sont caractérisées surtout par une intensification qui s'impose à travers de nouveaux modes de gestion caractérisés par un contrôle plus serré de la productivité individuelle et collective ainsi que par la recherche d'un fonctionnement avec le minimum d'effectifs⁶¹. Ainsi, des enquêtes américaines et européennes ont montré une nette progression des contraintes de temps au cours des 20 dernières années. Il n'existe pas de données similaires au Québec, mais un récent sondage auprès de travailleurs québécois bénéficiant d'un régime d'assurance collective révèle que plus de la moitié des travailleurs disent vivre beaucoup de stress au travail⁶². Enfin, au chapitre des conditions d'emploi, les transformations ont été surtout marquées par la précarité ou le recours à la sous-traitance ou encore aux agences privées de main-d'œuvre. Ce contexte de précarité et d'intensification a été associé à une fréquence plus élevée de violence et d'intimidation au travail⁶³.

Des impacts sur la santé mentale

Parallèlement à ces bouleversements, on observe une augmentation des incapacités de travail de courte et de longue durée liées à des troubles

Tableau 2

Lésions professionnelles indemnisées⁽¹⁾ liées au stress, à l'épuisement professionnel ou à d'autres facteurs d'ordre psychologiques⁽²⁾

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Anxiété, stress...	87	109	158	129	274	408	461	421
Épuisement professionnel (burn-out)	15	15	15	22	52	24	15	12
Chocs nerveux	428	539	482	579	610	475	525	561
Total	530	663	655	730	936	907	1 001	994
Débours en IRR	1,5M	2,5M	2,6M	3,2M	4,6M	4,4M	5,1M	5,1M
Ensemble des lésions	207 127	180 275	148 128	136 361	138 124	132 556	122 212	119 914

Source : C.S.S.T., D.S.G.I., Service de la statistique (99/01/18)

(1) Les lésions indemnisées sont celles pour lesquelles la C.S.S.T. a versé l'indemnité de remplacement du revenu.

(2) Les données sont observées au 31 décembre de l'année suivant celle où est survenue de la lésion.

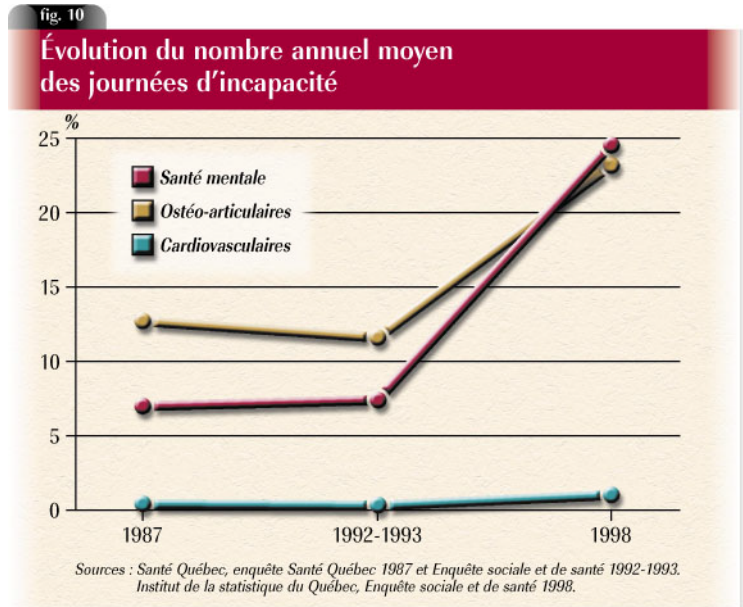
psychiatriques⁶⁴. À ce chapitre, soulignons que, de 1990 à 1997, le nombre de réclamations acceptées par la CSST comme des lésions professionnelles liées au stress, à l'épuisement professionnel^(w) ou à d'autres facteurs d'ordre psychologique a presque doublé, passant de 530 à 994, pour des déboursés à la hausse — de 1,5 à 5,1 millions \$ par an — tandis que le nombre total de réclamations acceptées par la CSST diminuait de 207 127 à 119 914 par an, soit près de moitié, au cours de la même période⁶⁵.

Par la suite, l'évolution des réclamations pour troubles mentaux acceptées par la CSST a quelque peu plafonné, surtout en raison des exigences que la loi impose aux travailleurs pour faire reconnaître une maladie mentale comme une lésion professionnelle.

Compte tenu des limites imposées par le cadre légal, les demandes d'indemnisation pour troubles mentaux sont davantage traitées dans le cadre des régimes d'assurance salaire des entreprises. C'est pourquoi, lorsqu'on analyse les causes d'absence de longue durée indemnisées au Québec par les assurances salaire privées, on constate que de 30 à 50 % d'entre elles sont attribuables à des problèmes de santé mentale, quand elles n'étaient que de 18 % en 1990⁶⁶.

Enfin, l'analyse des résultats des trois enquêtes générales sur la santé et le bien-être de la population québécoise réalisées entre 1987 et 1998 montre clairement que l'incapacité de travail pour des problèmes de santé mentale a presque doublé, passant de 7 à 13 %, que les femmes sont plus touchées et que le nombre moyen de journées d'incapacité de travail par personne pour ces problèmes a plus que triplé de 1992 à 1998, passant de 7,4 à 24,6 par 100 personnes, soit une hausse de plus de 200 %⁶⁷.

(w) Épuisement professionnel, aussi appelé *burnout*.



Si l'on applique cette augmentation à l'ensemble de la population occupant un emploi, c'est près de 600 000 journées de travail de plus qui ont été perdues au Québec pour des problèmes de santé mentale en 1998. Dans ce contexte, on comprend mieux les résultats de l'enquête du printemps 2000 menée par la firme Watson Wyatt, qui révèle que la majorité des organisations canadiennes (privées et publiques) estiment que le plus grand problème à l'avenir sera la hausse des réclamations d'indemnisation à cause de difficultés d'ordre psychologique⁶⁸. Cette inquiétude vient surtout du fait que les coûts directs occasionnés par l'absentéisme au travail et les cas d'invalidité — à 5,6 % de la masse salariale en 1997 — s'élèvent aujourd'hui à 7,1 % et que, si l'on ajoute les coûts indirects, comme le remplacement des absents et le recul de la productivité qui s'ensuit, la facture totalise 17 %.

Tableau 3

Faible autonomie décisionnelle au travail, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Montréal, 1992-1993 et 1998

	1992-1993	1998
Hommes	46 %	50 %
Femmes	56 %	62 %
Sexes réunis		
15-24 ans	68 %	68 %
25-44 ans	52 %	55 %
45 ans et plus	44 %	51 %
Total	51 %	55 %

Source : Santé Québec, Enquête sociale et de santé 1992-1993.
Institut de la statistique du Québec, Enquête sociale et de santé 1998.

Quand on analyse les facteurs à l'origine de cette nouvelle épidémie, on note que les facteurs d'ordre personnel sont invoqués dans moins de 10 % des cas, que près du tiers des cas sont exclusivement liés aux problèmes rencontrés en milieu de travail, et enfin que le travail peut être mis en cause dans environ 90 % des cas⁶⁹.

Les recherches indiquent des liens étroits entre certaines dimensions de l'organisation du travail et les problèmes de santé mentale. Ainsi, une demande psychologique élevée et une

autonomie décisionnelle faible ont été associées à la dépression, la détresse psychologique, l'épuisement professionnel et la consommation accrue de médicaments à visée psychoactive^{70, 71, 72, 73, 74, 75}. Dans ces études, l'autonomie décisionnelle au travail couvre deux dimensions : la capacité d'utiliser ses habiletés et d'en développer de nouvelles; et la possibilité de choisir comment faire son travail et de participer aux décisions s'y rattachant. De son côté, la demande psychologique a trait à la quantité de travail, aux exigences mentales et aux contraintes de temps.

D'autres dimensions de l'organisation ont été associées à des problèmes de santé mentale, soit le faible soutien social, le manque de reconnaissance et le sentiment d'injustice. En général, le soutien social regroupe l'ensemble des interactions sociales utilitaires disponibles au travail, tant de la part des collègues que des superviseurs⁷⁶. Plus précisément, on distingue deux types de soutien social au travail : le soutien socio-émotionnel et le

soutien instrumental. Le premier fait référence au degré d'intégration sociale et émotionnelle et de confiance entre collègues et superviseurs, c'est-à-dire à l'esprit d'équipe et au degré de cohésion dans le groupe de travail. Le soutien instrumental, quant à lui, a trait à l'importance de l'assistance donnée par les autres dans l'accomplissement des tâches. Le manque de reconnaissance



et le sentiment d'injustice ou d'iniquité, tant de la part des collègues que des superviseurs, font référence au déséquilibre entre les efforts fournis et certaines attentes légitimes — rémunération, estime, respect, statut ou promotion⁷⁷, ce que soulignent des études récentes sur le territoire de l'île de Montréal⁷⁸.

Quand on analyse les résultats de l'enquête Santé Québec de 1998 sur l'état de santé mentale des travailleurs, dans la région de Montréal, on constate que les personnes ayant un niveau élevé de demande psychologique au travail sont proportionnellement plus nombreuses à faire l'objet d'intimidation que celles ayant un niveau faible de demande psychologique (22 % contre 14 %). Or, les personnes ayant déclaré avoir fait l'objet d'intimidation sont également plus nombreuses, en proportion, à afficher un niveau de détresse psychologique élevé que celles n'ayant jamais vécu cette expérience (34 % contre 17 %). Une étude auprès de travailleurs des

CLSC-CHSLD de Montréal donne des résultats similaires⁷⁹. Une association a aussi été observée entre l'intimidation au travail et les périodes de grande nervosité ou d'irritabilité. De même, environ 12 % des travailleurs ayant fait l'objet d'intimidation perçoivent leur santé mentale comme moyenne ou mauvaise, comparativement à 6 % de ceux n'en ayant jamais subi.

Des interventions préventives



Au chapitre des interventions ayant démontré leur efficacité en matière de prévention, on constate que la majorité des actions porte sur la réduction des effets du stress et non pas sur ses causes⁸⁰; ceci est d'autant plus paradoxal que l'on sait que les facteurs organisationnels jouent un plus grand rôle que les facteurs individuels dans l'épuisement professionnel⁸¹.

Par ailleurs, des études récentes identifient différents types d'intervention où l'on observe des facteurs de succès, comme le soutien de la haute direction, la participation de l'ensemble du personnel et une combinaison d'interventions orientées vers l'organisation et l'individu^{82, 83, 84}. Les interventions individuelles se réalisent souvent dans le cadre d'un programme d'aide aux employés (PAE), avec des activités de sensibilisation et des techniques de gestion du stress. Quant aux approches centrées sur l'organisation du travail, elles visent à réduire l'importance des éléments pathogènes et elles sont souvent instaurées avec une autre

finalité, comme améliorer la productivité. À titre d'exemple, un suivi longitudinal de travailleurs municipaux finlandais de 1990 à 1997, période caractérisée par une réduction marquée d'effectifs et des réorganisations majeures, montre que certains facteurs ont un effet décisif sur la réduction des absences pour maladie, soit : augmenter les possibilités pour les travailleurs d'utiliser leurs habiletés, prendre des décisions sur l'organisation de leur travail ou exercer un contrôle sur les incertitudes au travail, de même qu'avoir accès à un soutien élevé ou amélioré de la part du superviseur.

Parmi les interventions centrées à la fois sur l'organisation de travail et l'individu, et qui allient le soutien de la direction et la mobilisation du personnel, citons les interventions du CLSC de Charlevoix pour lutter contre l'épuisement professionnel⁸⁵. En un an, le plan d'action a ramené au niveau des années antérieures le nombre d'absences pour maladies dites psychologiques, qui avait presque triplé de mars 1999 à avril 2000, avec une montée en flèche des coûts en assurance salaire, qui avaient plus que quintuplé durant cette période. Au-delà d'une approche intégrée visant à éliminer à la source des situations pathogènes, on a accordé beaucoup d'attention à la réinsertion professionnelle des travailleurs atteints d'un problème de santé mentale grâce à une série de mesures, dont un plan de retour au travail, comprenant l'accueil des travailleurs et des aménagements dans la charge de travail ou le contenu des tâches.

Une perspective de santé publique

Il faut le rappeler, c'est dans une perspective de santé publique qu'il faut s'attaquer aux contraintes de l'environnement psychosocial du travail, vu qu'il existe des stratégies efficaces pour réduire les maladies liées au stress au travail, et que ces maladies figurent parmi les problèmes de santé les plus fréquents, les plus coûteux et les plus invalidants. En outre, le succès des interventions pour réduire les problèmes de santé liés au stress en entreprise est difficilement dissociable d'une politique plus globale de santé publique. Celle-ci devrait viser la création de systèmes de surveillance des milieux de travail à risque et proposer des moyens légaux et financiers qui incitent les entreprises à appliquer des stratégies préventives en vue de contrer cette pandémie qui frappe le monde occidental. Si l'on en croit la Déclaration de Tokyo (1998), il nous faut mettre en place un programme de surveillance en entreprise et de monitoring à l'échelle nationale et régionale : il s'agit d'identifier l'étendue des problèmes de santé liés au stress au travail et d'évaluer les effets des programmes d'amélioration. Outre les interventions publiques, il y a lieu de faire appel aux entreprises : à titre de citoyens corporatifs, elles ont un rôle de premier plan à jouer. On sait en effet que des solutions existent déjà, par exemple la gestion participative, où les employés jouent un rôle actif dans la recherche de solutions mieux adaptées.

Table ronde des acteurs en santé mentale

Le 17 septembre 2001

1^e ligne, 2^e ligne

- *Il faudrait rendre la 1^e ligne plus fonctionnelle avec un support beaucoup plus opérationnel des spécialités, des psychiatres. **Paul Lefort***
- *Rendre la 1^e ligne plus fonctionnelle, la 1^e ligne étant l'omnipraticien. Si la porte d'entrée en santé mentale c'est seulement les médecins omnipraticiens, il va y avoir de moins en moins de place pour la santé physique. **Rose-Marie Charest***
- *La 1^e ligne, ce ne sont pas seulement les médecins. Les CLSC sont des joueurs importants mais les équipes de santé mentale sont très inégales d'un CLSC à l'autre. Il faudrait qu'il y ait une meilleure répartition et qu'un minimum soit assuré partout. **André Luyet***
- *Les CLSC devraient être la porte d'entrée. Mais en santé mentale, il faut les trouver les CLSC qui sont une porte d'entrée! **Denis Aumais***
- *Dans les équipes de médecine familiale et dans les CLSC, il devrait y avoir une augmentation de ressources spécialisées en santé mentale. Quand un psychologue a rencontré un patient, l'a évalué et remet un rapport d'évaluation au psychiatre, ce dernier peut faire quelque chose en 15 minutes. Si on aidait la 2^e ligne en préparant mieux ceux qui y passent, on pourrait augmenter l'efficacité des psychiatres. Le problème, c'est que ça marche seulement pour les gens qui peuvent se payer un psychologue. **Rose-Marie Charest***
- *Pour sortir de nos murs, nous avons essayé à l'hôpital Douglas d'offrir tous les services de 2^e ligne à l'extérieur de l'hôpital. Nous avons ouvert des cliniques de secteur aussi près des CLSC que possible. Les patients devaient nous être référés par les CLSC et les omnipraticiens et nous devions offrir des consultations psychiatriques, avant de retourner les patients stabilisés aux CLSC ou aux omnipraticiens. Lorsque ces derniers n'étaient pas en mesure d'assurer le suivi, nous devions les référer à nos programmes externes pour hospitalisation selon leur état de santé.*

Ça, c'était sur papier. Dans les faits, les omnipraticiens et les CLSC de notre secteur ont tendance à nous référer d'emblée tous les cas parce que nous sommes un hôpital psychiatrique. Ils ont aussi parfois de la difficulté à reprendre leurs patients. Plus les services de 1^e ligne ont de connaissance, plus ils peuvent offrir les services.

Les gens se retrouvent à l'urgence. On les traite dans nos cliniques de secteur mais lorsqu'on est prêt à les confier aux CLSC ou aux omnipraticiens, ils ne sont pas toujours là...

Jacques Hendlisz

- *En psychiatrie, même si on fait un choix de se concentrer sur la 2^e ligne, il faut faire la 1^e et la 3^e ligne aussi. Rares sont les omnipraticiens qui prennent encore des nouveaux cas. La mode semble être aux cliniques sans rendez-vous qui ne sont pas très favorables à une prise en charge véritable, à une évaluation et à l'établissement d'une relation. Elles ne permettent pas non plus de prendre le temps qu'il faut pour bien connaître les problématiques souvent assez complexes. Ainsi, il y a, après évaluation, un bon nombre de patients qu'on souhaiterait retourner à une 1^e ligne qui n'est pas là, qui n'est plus là, et qui ne peut donc pas prendre le relais.*

Même si on parle de 1^e ligne, à l'heure actuelle, il n'y a rien de plus ouvert qu'une salle d'urgence d'hôpital. C'est là que se rend un patient qui ne sait pas à quel guichet se présenter pour un trouble transitoire. Et ce n'est pas étonnant qu'il ait une réponse plus ou moins satisfaisante. Il va avoir une évaluation et une référence.

*Nous, on fait affaire avec des partenaires. C'est ça qu'il faut développer, enrichir, formaliser davantage. **André Luyet***

- *J'ai un peu peur que, comme société, on soit en train de pelleter tout ce pour quoi on n'a pas de ressources dans la cour du communautaire sans lui donner le support nécessaire. Vous dites, vous les médecins, avoir besoin du support des spécialistes pour œuvrer plus efficacement en 1^e ligne. Imaginez comment les gens du communautaire en bénéficieraient. Les professionnels pourraient avoir un effet multiplicateur sur les services si on les mettait plus en situation où ils peuvent superviser, donner des conseils, être en support aux aidants qu'on veut des aidants naturels. **Rose-Marie Charest***

Troubles sévères vs troubles transitoires

- *Le Ministère semble diriger davantage ses priorités, ses efforts et son argent vers les gens qui ont des troubles sévères et persistants. Est-ce que ça veut dire que leurs besoins sont satisfaits? Est-ce que l'argent consacré à ces troubles génère vraiment du bien-être chez les personnes visées? **Ghislain Goulet***
- *Il est exact qu'on investit trop de ressources aux troubles sévères et persistants. Il n'en demeure pas moins que des troubles transitoires aigus mal diagnostiqués ou non soignés peuvent causer des torts irréparables et mobiliser un grand nombre de ressources. Où est donc l'économie? Sans parler de la qualité de vie . . . **Daniel Fecteau***
- *Le Ministère parle beaucoup des troubles sévères et persistants, et peut-être beaucoup moins des troubles transitoires. Mais gardons-nous de créer un déséquilibre en voulant corriger un aspect qui a peut-être été sous-évalué. Les deux problèmes sont bien réels et méritent toute notre attention. **André Luyet***

Rôle joué par les hôpitaux

- *Au Québec, un rapport produit par le Groupe d'évaluation des nouvelles technologies recommandait que, étant donné les problèmes que nous avons dans l'organisation de services, le suivi intensif soit sous la responsabilité des hôpitaux. Mais ce n'est pas "politically" correct que les hôpitaux soient chargés du suivi intensif. Ainsi, les programmes ACT (Active Community Therapy) qui existent depuis 25 ans aux États-Unis et qui s'appuient sur une documentation absolument incroyable ont très peu été implantés ici, on compte à peine 4 ou 5 équipes, alors qu'on en trouve 60 en Ontario. **Jacques Hendlisz***
- *Il me semble que la justification pour affirmer que le suivi intensif dans la communauté doit se faire par les hôpitaux n'est pas très solide ou voulons-nous dire que les départements de psychiatrie disposant de ressources en nombre et en variété suffisantes, ce sont donc eux qui devraient assumer un tel suivi? Point de vue pas très fort que je n'oserais pas défendre. **Daniel Fecteau***
- *L'expression porte d'entrée fait peur. Car si on a une porte d'entrée, on n'a pas de porte de sortie! Et lorsqu'il y en a une, il y a un gros élastique dessus. On sait quand on embarque dans le système, mais on ne sait pas où ça amène ni quand on en sort. **Denis Aumais***
- *C'est un peu gros de dire qu'il n'y a pas de porte de sortie. Il y en a. Dans nos cliniques externes, qui comptent près de 7 000 dossiers actifs, on ferme autant de dossiers qu'on en ouvre. Il y a un roulement. C'est un peu abusif de penser que c'est une grosse trappe qui garde tous les patients qui sont référés. **André Luyet***
- *La problématique à laquelle on fait face en termes de support à donner aux patients et de relations avec les patients est assez différente d'il y a dix ans. À la suite de la désinstitutionnalisation, on a beaucoup moins de lits. Les services offerts à l'hôpital le sont dans un délai très court. Comme tout le suivi qui devrait se faire dans la communauté n'est pas encore en place, certains patients se perdent dans le système. **Jacques Hendlisz***

Des effets négatifs?

- *Il faut regarder ce qu'on fait face à la tendance culturelle, historique, de surprotection. S'il y a des façons différentes de faire, il faut les considérer. Il y a une certaine ouverture qu'on souhaite de plus en plus grande. On est dans une société qui évolue, et l'offre de service doit être constamment révisée. On apprend à connaître les organismes communautaires. Il y a des choses faites dans le réseau communautaire qui complètent bien d'autres choses faites dans le monde hospitalier et qui méritent d'être associées pour le plus grand bien de la population. Il ne faut certainement pas essayer de séparer ces deux mondes-là. Ils méritent d'être reliés pour offrir des services à cette clientèle. **André Luyet***
- *Les Américains disent : Demandez à une personne qui a passé du temps dans un hôpital psychiatrique et qui est suivie dans la communauté qui sont ses amis. Elle vous nommera tout de suite des employés des groupes communautaires, ou des bénévoles, mais pas des gens qu'on rencontre dans une relation normale. Nos traitements et nos façons de faire dans le communautaire ne sont pas idéaux. Nous devrions nous assurer que la personne peut vivre indépendamment et faire ses propres liens. Notre idéologie fait toutefois en sorte que nous sommes derrière le patient quand il a besoin de nous avec pour résultats qu'il est suivi pendant 25 ans. On continue à parler de réadaptation, mais ce n'est pas ce dont les patients ont besoin. Lorsqu'une personne obtient son congé après avoir passé 10 ans à l'hôpital, il peut faire de la réadaptation, mais pas pendant 30 ans. Elle doit pouvoir trouver un travail adapté.*

Combien d'organismes communautaires ou d'hôpitaux ont des conseillers en emploi? Combien d'entre nous mettent de la pression sur les gouvernements pour changer les lois afin qu'une personne qui tente un retour sur le marché du travail évite d'être pénalisée par la perte de revenus pour les médicaments, etc. Toutes nos structures sont là pour supporter les patients d'une façon qui ne correspond plus à un modèle de désinstitutionnalisation. Avec la meilleure volonté qu'on puisse avoir à l'hôpital, dans la communauté, à la Régie régionale, nous sommes en train de supporter un système qui n'est pas conforme à nos idéaux.

Au Québec, nous avons fait notre désinstitutionnalisation et notre réforme en gardant les mêmes concepts pour traiter les patients. Ils ne sont pas adéquats. Nous n'avons pas changé notre philosophie, notre mentalité.

*Si notre philosophie, c'est de nous assurer que le patient est autonome, nous faisons très peu pour le garder autonome. Nous faisons tout pour garder des liens avec lui. Il faut s'assurer que l'infrastructure nécessaire est présente dans la communauté. **Jacques Hendlisz***

Promotion de la santé et prévention des maladies

- *C'est quoi le bien-être psychologique? À quel moment ça devient de la pathologie? Tout le monde vivra de la souffrance psychique. Pour 33 % des gens, ce sera de la pathologie. Si on veut que les gens puissent consulter, il faut les informer. Les gens ont besoin d'être guidés dans ce réseau. Ils ont besoin d'une aide qui n'est pas toujours une aide professionnelle. Mais comment peuvent-ils le savoir? On a beaucoup à faire en termes d'information – bien de l'information peut être de la prévention. On pourrait indiquer aux gens à quels types d'aide ils ont accès. On ne prend pas la santé mentale assez au sérieux à cause d'une question de définition. Dès qu'on met sur la table les risques de suicide, les coûts pour les employeurs, les coûts pour la société..., on commence à prendre le problème au sérieux. **Rose-Marie Charest***

- *On a parlé beaucoup de prévention secondaire des maladies mentales : on a l'impression que les besoins sont presque illimités et que les ressources matérielles et humaines sont limitées. On se trouve donc avec un problème assez important. On a parlé de prévention tertiaire, de réhabilitation des patients souffrant de maladies mentales. Mais on a peu parlé de prévention primaire. Si on s'occupait de la famille, si on s'occupait de l'éducation des enfants, ce serait peut-être une des meilleures façons de prévenir la maladie mentale ou, pour le moins, d'en réduire l'incidence. Les ressources et le support à la famille sont probablement un des éléments extrêmement importants qui font cruellement défaut à notre société et auquel on devrait accorder beaucoup plus d'importance. **Paul Lefort***
- *La réponse au problème n'est pas exclusive à la santé. Les conditions de vie y participent. Il faut être acteur pour pousser aussi les autres à agir pour que nos systèmes de santé, d'éducation..., s'adaptent aux milliers de besoins des personnes. **Ghislain Goulet***
- *Il faudrait cesser de penser la prévention seulement comme la phase où l'on empêche quelqu'un de devenir malade pour inclure la phase où quelqu'un est déjà malade et où l'on essaie d'éviter que sa situation s'aggrave. On met toujours l'emphase sur les troubles sévères à long terme, mais il faut supporter ceux qui ont des problèmes transitoires, avant qu'ils ne deviennent sévères et à long terme. **Denis Aumais***

Travail et santé mentale

- *Si on veut diminuer le nombre de burn-out, il ne faut pas seulement diminuer le nombre d'heures de travail, il faut donner du contrôle aux gens sur leur environnement professionnel. Il faut leur donner du pouvoir. L'impuissance est presque toujours le déclencheur du burn-out. **Rose-Marie Charest***
- *Parmi les problèmes en augmentation, il faut noter les troubles d'angoisse liés aux conditions socio-économiques difficiles. On voit que les gens qui sont longtemps sans emploi commencent à développer des troubles d'angoisse. **Daniel Fecteau***