Document généré le 24 avr. 2024 12:53

Santé mentale au Québec

La politique de santé mentale : l'action en région. Réflexion d'un acteur
Regional implications of Quebec's mental health policy : the perspective of an active participant

Roger Paquet

Volume 20, numéro 1, printemps 1995

Jalons pour une politique en santé mentale

URI : https://id.erudit.org/iderudit/032332ar
DOI : https://doi.org/10.7202/032332ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Paquet, R. (1995). La politique de santé mentale : l'action en région. Réflexion d'un acteur. *Santé mentale au Québec*, *20*(1), 49–56. https://doi.org/10.7202/032332ar

Résumé de l'article

À partir de l'expérience vécue au plan local, régional et central, l'auteur dégage quelques constations personnelles de l'action initiée en région par la Politique de santé mentale.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1995

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Santé mentale au Québec, 1995, XX, 1, 49-56

La politique de santé mentale: l'action en région. Réflexion d'un acteur

Roger Paquet*

À partir de l'expérience vécue au plan local, régional et central, l'auteur dégage quelques constations personnelles de l'action initiée en région par la Politique de santé mentale.

En 1989, après une longue période de débats et de travaux préparatoires, le Québec se dotait d'une Politique de santé mentale. Cette politique définissait clairement des orientations privilégiées: primauté de la personne, qualité des services, équité, recherche de solutions dans le milieu de vie et partenariat. En général, ces orientations ont été accueillies avec satisfaction, parfois même avec enthousiasme.

L'action initiée dans chacune des régions sous l'initiative de cette politique a transformé les rapports dans l'organisation des services de santé mentale.

La décentralisation: une occasion de régionalisation

Plutôt que de chercher à tout diriger, à tout prévoir et à tout «normer», cette politique faisait le choix de la décentralisation comme moyen de recentrer les services sur la personne. La nature des besoins des populations, les caractéristiques de chaque région et la diversité des milieux devaient maintenant influencer et façonner l'organisation des services. Pour y parvenir, le ministère de la Santé et des Services sociaux confiait aux conseils régionaux la responsabilité d'entreprendre une démarche de planification et d'en coordonner l'exécution.

Dès ce moment, on assiste à l'ouverture d'un vaste chantier de planification dans chacune des régions. Il y a urgence à précéder. Les

* Directeur général (en congé) de l'hôpital Pierre Janet de Hull, l'auteur est président du Comité de santé mentale du Québec.

délais sont courts, le champ à couvrir est vaste, démesuré selon plusieurs. Mais les gains sont possibles, à portée de main des premiers arrivants. Plusieurs régions y voient une occasion de combler les lacunes du système par l'obtention de crédits de développement et de réduire une répartition jugée inéquitable des ressources en santé mentale.

Cette opération doit conduire à l'élaboration d'un plan régional d'organisation des services de santé mentale, instrument privilégié pour une action régionale concertée. Il est demandé à chaque région de définir les besoins de la population, de déterminer les services nécessaires pour y répondre, de prévoir la contribution de chacun à l'intérieur de la gamme de services et de déterminer les paramètres qui serviront à l'évaluation des résultats.

La Politique de santé mentale est venue énoncer un changement majeur dans la distribution des responsabilités. Les régions se voient confier une importante responsabilité de planification, antérieurement assumée par le ministère. Chaque région a l'occasion d'occuper un nouvel espace. Certaines ont timidement accepté le relais proposé. D'autres, plus autonomistes, ont tout de suite pris la voie de l'affirmation, misant sur la dynamique régionale, le droit de décider chez soi, pour soi, devenant le leitmotiv. Parfois même, l'affirmation s'accompagne du refus et du rejet de toute intervention du niveau central.

Par la suite, la réforme et la Loi sur les services de santé et les services sociaux ont élargi la possibilité de régionalisation, fixé des règles du jeu plus précises et confirmé, à l'échelle de tout le réseau, une volonté de décentralisation.

Dans la trajectoire d'évolution des services de santé mentale, cette régionalisation est un point de repère important. Même si les conseils régionaux avaient reçu un mandat de décentralisation en santé mentale dès 1979, c'est la Politique qui a initié le mouvement sur l'ensemble du territoire. En choisissant cette voie, le Québec s'inscrit dans un courant qui caractérise l'organisation des services dans plusieurs pays. L'enjeu avait été bien documenté dans les travaux préparatoires à la Politique, principalement *Sortir de l'asile.*

Qu'en est-il six ans plus tard? Quels sont les faits marquants de ce nouveau rapport à l'organisation des services?

Une vaste mobilisation

Rarement une politique dans le domaine socio-sanitaire aura eu un tel impact. Le défi de la planification régionale relançait, dans chaque

région, les débats qui avaient conduit à la Politique de santé mentale. Bien sûr, l'appât d'un gain de ressources jouait un rôle de stimulant, mais il n'explique pas seul l'activité fébrile qui a caractérisé les travaux de planification en région.

Les comités tripartites ou les «tenant-lieu» ont constitué le lieu-témoin de cette mobilisation. Au-delà des défis de la planification, le seul fait de siéger à ces comités devenait un enjeu. Pour s'en convaincre, il suffit de se rappeler des nombreuses dénonciations, dans certaines régions, du non-respect des critères qui devaient être utilisés dans la composition des comités.

De nombreuses heures ont été consacrées aux travaux qui allaient mener à l'élaboration de la planification. Groupes de travail, comités ad hoc, sous-comités, tables de concertation ou comités tripartites, autant de lieux où il a fallu dégager un langage commun, prendre connaissance de la réalité des autres, faire reconnaître et respecter sa spécificité et surtout faire l'expérience du partenariat en action.

Toute l'énergie dégagée par cette mobilisation a contribué à faire en sorte que la très grande majorité des régions se dotent d'une planification en santé mentale. Comme processus, il y a là un acquis important que la réforme et la nouvelle Loi ont voulu ensuite généraliser. Les démarches de planification régionales sont progressivement devenues l'unique façon d'aborder l'organisation des services, ou presque.

Des gains appréciables

La mobilisation des énergies a caractérisé le mouvement en région, mais elle ne constitue qu'un volet de l'expérience. Cette énergie devait conduire à la mise en place de réponses mieux adaptées aux besoins exprimés ou ressentis.

À cet égard, les gains en accessibilité apparaissent de façon tangible dans plusieurs milieux. Antérieurement, les services de santé mentale étaient surtout accessibles dans quelques établissements, souvent concentrés dans les zones urbaines. Les démarches de planification ont permis de mieux prendre en compte l'ensemble de chaque région. Dans plusieurs zones à faible densité de populaition, le premier résultat concret de la démarche réside dans l'accès à des services de santé mentale à proximité de son milieu de vie, accès antérieurement lointain et difficile.

En second lieu, la démarche a entraîné une diversité de réponses aux besoins identifiés dans le milieu. La présence et la reconnaissance des organismes communautaires ont largement contribué à ce résultat,

malgré des moyens souvent limités. La diversité des approches et des lieux d'intervention a permis d'introduire, dans plusieurs régions, quelques possibilités de choix pour l'usager. Le secteur de la réadaptation et de la réinsertion a vu naître et se développer des initiatives principalement orientées vers le maintien dans la communauté.

Ces gains ont fait apparaître d'autres défis, notamment la difficulté de concertation dans un réseau de services aussi diversifié. Des modèles sont en émergence dans plusieurs milieux, inscrits eux aussi à l'enseigne de la diversité, sous l'influence des caractéristiques des milieux dans lesquels ils s'expriment. S'il est maintenant acquis que les services de santé mentale doivent fonctionner en réseau, les avenues concrètes de concertation ont encore besoin de rodage et de raffinement.

En somme, les démarches régionales ont permis de faire un pas vers les milieux de vie, permettant ainsi d'améliorer l'accès à un réseau de services plus diversifiés.

De grands absents

En affirmant la primauté de la personne, la Politique voulait redonner aux personnes concernées une place prépondérante dans le système de services en santé mentale, en faire un acteur de premier plan, pour reprendre les termes du Rapport Harnois.

Concrètement, les démarches régionales de planification régionales n'ont pas permis aux usagers d'acquérir le statut de partenaires. Ils sont demeurés objets de planification de services dans la plupart des cas. Au mieux, un espace leur a été réservé à titre d'observateurs. À un degré moindre, les mêmes constatations s'appliquent à la réalité vécue par les familles et les proches.

Dans un premier temps, il faut reconnaître que la Politique ne leur avait pas réservé d'espace au sein des comités tripartites, sans doute trop préoccupée d'établir les modalités d'un rapport numériquement égalitaire entre les autres partenaires.

Dans un second temps, le constat d'absence des usagers et de leurs proches interpelle le fonctionnement général du système de santé mentale. La présence de l'usager et le respect de son expertise dans les démarches régionales deviendront possibles lorsque les usagers disposeront de lieux d'échange, de structures de support et de moyens d'action appropriés. Leur influence se fera alors sentir autant au niveau de l'intervention que de la planification et de l'évaluation des services.

Mais aussi des écueils

La planification des services de santé mentale présente aussi de multiples obstacles en raison, notamment, de l'ampleur et de la complexité du secteur. En ce sens, la démarche de planification s'est avérée, au sein de chacune des régions, un exercice où les enjeux ont souvent été sous-estimés au départ. Pour chaque région, une longue liste d'embûches pourrait être dressée, autant au plan de la démarche que de la méthodologie employée: absences de données fiables, contraintes de temps, tensions entre les acteurs, manque de transparence, délais inhérents à la démarche d'approbation, et autres.

Il faut ajouter à cette liste une difficulté majeure. En effet, l'étape devant conduire à une meilleure utilisation des ressources diponibles a été escamotée dans plusieurs démarches régionales. La disponibilité de crédits de développement semble avoir orienté les travaux vers des solutions nécessitant l'ajout de service, sans véritable remise en cause de l'utilisation des ressources disponibles. Par voie de conséquence, le choix clairement énoncé dans la Politique de poursuivre le mouvmeent de désinstitutionnalisation et de mieux l'encadrer n'a pas influencé de façon significative les décisions exprimées dans les planifications régionales. Les rares plans de désinstitutionnalisation qui ont vu le jour se sont butés à d'interminables délais d'approbation ou ont été réalisés en solo, sans concertation régionale.

Il aura fallu, plus tard, que les contraintes budgétaires s'imposent avec évidence pour qu'on s'attaque au défi, maintenant nommé, de la transformation du système. Si cette transformation prend la forme d'un véritable déploiement en système des services de santé mentale, des gains de qualité, de pertinence et d'efficacité sont encore possibles. Tout en tenant compte de l'urgence de procéder, il faut cependant s'assurer d'une action concertée, dans le respect des orientations de la Politique de santé mentale et de la dynamique de chaque milieu.

L'expérience de régionalisation a aussi démontré la nécessité d'une modification des rapports entre les acteurs, au sein de chaque région. Dans certaines situations, notamment face aux enjeux budgétaires, certains ont préféré revenir au mode antérieur de négociation directe avec le palier central, court-circuitant ainsi la dynamique régionale. Une telle approche a parfois été possible, même provisoirement rentable, en raison de la réceptivité des instances centrales. La volonté de décentralisation prend un certain temps à s'incarner, les réflexes interventionnistes refaisant surface à l'occasion.

Un processus à compléter

La démarche de régionalisation a permis d'introduire un dialogue autour des enjeux de planification. Toutefois, on ne saurait se satisfaire d'un effort de planification en région comme seul résultat atteint. Il faut maintenant travailler à obtenir les gains tangibles de cette démarche, en fonction des objectifs poursuivis.

Il y a là une occasion de replacer l'usager au centre des préoccupations. La démarche de planification régionale est intéressante, mais est-elle bénéfique pour la personne vivant des troubles mentaux ou des problèmes de santé mentale? Quelle appréciation font ces personnes de l'accès aux services, de l'accueil reçu, de la qualité des réponses disponibles, de la place qu'elles occupent, du respect de leur réalité et de celle de leur milieu de vie, et de leurs rapports avec les intervenants du système?

Souvent, pour ne pas s'engager dans des démarches évaluatives qui permettraient de fournir des éléments de réponse à ces questions, on en évoque la durée et le coût. Pourtant, de telles démarches sont possibles, comme l'illustre la réalisation de la démarche d'évaluation des résultats de la mise en place des services de santé mentale dans l'Outaouais.

De plus, il y a là une occasion d'explorer des méthodes d'évaluation adaptées à la réalité des démarches régionales. Si la participation et la démocratisation ont caractérisé la démarche de planification, l'étape d'évaluation et de reddition de comptes pourrait prendre la même voie. En faisant place aux usagers et à leurs proches, il serait même possible de corriger une des lacunes identifiées dans le processus de planification, soit le non-accès au statut de partenaires à part entière pour ces deux groupes.

En plus des démarches évaluatives essentielles, il serait possible, par exemple, d'envisager la tenue de forums, au plan régional ou sous-régional, où chaque instance serait appelée, de façon publique et transparente, à rendre compte de sa contribution aux objectifs déterminés dans la planification régionale. Un jury, formé par le conseil d'administration de la Régie régionale, se verrait confier le mandat d'entendre et d'apprécier les bilans présentés. Il pourrait être composé de représentants des usagers, des familles, des intervenants des réseaux public et communautaire et des citoyens intéressés à la santé mentale. La reddition de comptes, ou bilan annuel, pourrait porter de façon spécifique sur:

- la philosophie d'intervention ou d'action mise en place;

- les services rendus disponibles;
- les moyens déployés pour connaître le point de vue des usagers sur la nature des services requis et leur satisfaction quant aux services reçus;
- les actions menées en concertation avec les partenaires du secteur et des autres secteurs d'activités;
- les actions à privilégier dans l'avenir.

La répétition d'une telle démarche, chaque année, contribuerait certainement à maintenir l'effort d'ajustement et d'adaptation des services aux réalités des personnes et de leur milieu de vie.

En conclusion

L'effort de planification des services en santé mentale s'est déplacé en région, guidé par les orientations de la Politique de santé mentale. Après avoir investi dans l'élaboration des planifications régionales, les régions doivent maintenant rechercher les moyens de soutenir le mouvement de régionalisation. La reddition de compte offre une telle opportunité. À défaut de s'y attaquer, le mouvement de régionalisation en santé mentale risque de s'essouffler!

RÉFÉRENCES

Comité de la santé mentale du Québec, 1986, *Sortir de l'asile? Des politiques et des pratiques en pays étrangers*, Les publications du Québec, Québec.

GAUDREAULT, V., 1993, *Le plan régional d'organisation des services en santé mentale: Bilan critique de l'expérience*, Communication au 61e congrès de l'Association canadienne-française pour l'Avancement des sciences (A.C.F.A.S.).

GILCHRIST, L.D., et al., 1994, A public-academic approach to designing a state mental health program evaluation, *Evaluation and program planning, 17*, 1, 53-61.

GUAY, L., et al., 1991, *Le Choc des cultures: la participation des ressources alternatives à l'élaboration des plans régionaux d'organisation de services de santé mentale*. Bilan-synthèse de l'expérience de participation aux comités tripatites, document de travail déposé à l'Assemblée générale du Regroupement des Ressources alternatives en Santé mentale du Québec (R.R.A.S.M.Q.), Montréal.

TURGEON, J., LANDRY, R., 1994, *Un dispositif de mise en cohérence de l'action publique? Les plans régionaux d'organisation de services de santé et sociaux au Québec*, Communication au 7e Colloque international de la revue *Politiques et management public*, Montréal.

WHITE, D., RENAUD, M., DORVIL, H., MERCIER, C., 1991, *La concertation et la continuité des soins en santé mentale: une étude de trois sous-régions montréalaises*, Montréal.

ABSTRACT

Regional implications of Québec's mental health policy: the perspective of an active participant

Based on experiences at the local, regional and central level, the author povides a number of personal observations concerning regional initiatives brought on by Québec's mental health policy.