

Planification et évaluation des besoins en santé mentale, de Viviane Kovess, Alain Lesage, Bénédicte Boisguerin, Louise Fournier, Alain Lopez, Aubert Ouellet, Comité de la santé mentale du Québec et Direction générale de la Santé France, coll. Médecine-Sciences, ed. Flammarion, Paris 2001.

Hubert Wallot

Rétablissement (1) et Travail (2)

Volume 27, numéro 1, printemps 2002

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/014553ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/014553ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce compte rendu

Wallot, H. (2002). Compte rendu de [*Planification et évaluation des besoins en santé mentale*, de Viviane Kovess, Alain Lesage, Bénédicte Boisguerin, Louise Fournier, Alain Lopez, Aubert Ouellet, Comité de la santé mentale du Québec et Direction générale de la Santé France, coll. Médecine-Sciences, ed. Flammarion, Paris 2001.] *Santé mentale au Québec*, 27(1), 305–310.
<https://doi.org/10.7202/014553ar>



J'AI LU

***Planification et évaluation des besoins en santé mentale*, de Viviane Kovess, Alain Lesage, Bénédicte Boisguerin, Louise Fournier, Alain Lopez, Aubert Ouellet, Comité de la santé mentale du Québec et Direction générale de la Santé France, coll. Médecine-Sciences, ed. Flammarion, Paris 2001.**

Il s'agit d'un rapport conjoint du Comité de la santé mentale du Québec et de la Direction générale de la santé France. Rapport extrêmement intéressant à trois égards. D'abord, il fait connaître des études épidémiologiques françaises et québécoises peu utilisées parce que méconnues. Ensuite, il fait connaître, par ses fiches techniques, des instruments particulièrement intéressants pour effectuer des enquêtes épidémiologiques et évaluatives. Enfin, il propose des stratégies prometteuses pour réussir à faire mieux avec les mêmes ressources.

Le document sera ainsi utile à divers groupes : les chercheurs dans le champ de la santé mentale, les planificateurs ou agents décisionnels dans ce domaine, et enfin pour les intervenants sur le terrain. Cependant, le style de rédaction du rapport correspond plutôt aux deux premiers groupes mentionnés.

Le contexte

Le deuxième chapitre du rapport constituera pour plusieurs une introduction appropriée. En effet, ces pages présentent bien les contextes français et québécois, tant au niveau de l'organisation des services de santé en général, qu'en matière de services en santé mentale. En France, l'approche de la sectorisation, reposant sur la prise en charge de la gamme entière des problèmes de santé mentale d'un territoire délimité par une organisation unique disposant notamment d'un hôpital psychiatrique comme un pôle physique important, diffère de façon radicale de l'approche québécoise fondée sur la hiérarchie des niveaux de soins. Après une introduction brève des contextes français et québécois appuyée par deux excellentes techniques, le chapitre II présente les résultats de l'enquête des auteurs sur les pratiques de planification en France

et au Québec en fonction des besoins en santé mentale en 1996. Le chapitre s'achève sur deux constats majeurs : 1) « la planification dans le domaine de la santé est un exercice difficile » ; 2) « les modes de planification actuels ne se préoccupent que marginalement de la mesure des besoins et (les répondants) déplorent que la planification s'effectue en fonction de l'utilisation actuelle et des services disponibles ». Par ailleurs, « au Québec, la distinction entre planification et organisation au niveau national est plus nette, les orientations, les objectifs et l'allocation des ressources s'y faisant alors que les planificateurs des régions doivent se les approprier pour organiser et évaluer les services. » Deux priorités sont proposées par le rapport : une vision plus consensuelle et une logique démocratique et non purement technique dans l'établissement des priorités. Quant à la prise en compte des besoins, elle se heurte, selon les auteurs, à une première difficulté : la définition des besoins ne fait pas l'unanimité. Et nous ajouterions que ce qui pourrait en être mesuré, thème du rapport, en serait d'autant grevé. Comme si cela ne suffisait pas, la situation se complique d'une certaine incohérence pratique mais prévisible selon nous pour les éléments tout juste évoqués. Quand on a des indicateurs de besoins, on ne les utilise pas toujours, et quand on n'en a pas, on les redoute au titre de solution technocratique.

Mais alors, doit-on se demander, « quelles sont les informations nécessaires pour établir une planification en fonction des besoins ? Aucun accord unanime ne ressort lorsque l'on pose cette question ». En fait, il se dégage « une constante : les exemples d'approche précise pour identifier les besoins (en santé mentale) et relier ces besoins aux réponses à organiser sont rares ».

La mesure des besoins : l'état des instruments et des études au Québec et en France

Le troisième chapitre aborde *La mesure des besoins en santé mentale*. Les auteurs y distinguent quatre sources de données : les enquêtes de population, les systèmes de soins, les indicateurs sociaux, les résultats des évaluations des services.

Toutefois, le chapitre, en demeurant au niveau des mesures, n'illustre pas le passage des mesures à la planification. On sait bien mesurer, mais sait-on bien planifier.

Planification, planification, « que me veux-tu » ?

C'est le premier chapitre, très ardu à lire, qui ouvre sur cette question. Les auteurs du rapport font notamment référence aux perspectives

de Pineault et Daveluy (1993) qu'ils traduisent ainsi : « pour mieux s'organiser, il faut savoir ce qui va mal. Pour savoir ce qui va mal, il faut d'abord évaluer les besoins d'une population ». Nous ne partageons pas leur avis : prévoir l'avenir, ce n'est pas nécessairement voir du mal dans le présent ou même dans l'avenir, mais mieux voir d'avance pour mieux décider des actions présentes et futures.

Malgré leur précaution à ne pas perdre un certain pragmatisme, le rapport propose une conception d'un processus assez programmatique sinon machinique de la planification, extension gestionnelle du processus taylorien de division du travail (Jelinek, 1979). Peu de choses sont dites sur le comment réel de ce processus, sur les acteurs. Comme dit Wildavsky : « La planification n'est pas réellement défendue pour ce qu'elle est mais pour ce qu'elle symbolise [...] des normes universelles de choix rationnels » (1973 :141 ; voir aussi Mintzberg 1994). Faut-il être pessimiste ?

La santé mentale et les besoins

Mais d'abord qu'est-ce que la santé mentale ? Du côté de la France, faute d'une définition, les propos d'un circulaire sont très jutes, à savoir que promouvoir la santé mentale, c'est promouvoir les facteurs de santé au niveau de trois sphères : l'individu, la famille et le groupe social. Santé mentale et santé s'y trouvent donc très inextricablement reliées. L'intérêt de la problématique de la santé mentale est d'introduire une vision qui sort des catégories diagnostiques : démoralisation, détresse, dysfonctionnement social, et qui insiste sur les facteurs de risque. Le document propose avec raison de considérer la santé mentale sous trois axes : santé/maladie, bien-être/détresse, fonctionnement social. Le document fait bien ressortir l'opposition de perspectives entre le modèle français de la sectorisation, qui refuse en principe toute séparation des patients reliée au diagnostic ou au niveau aigu ou chronique de la maladie et le modèle québécois, qui, dans un cartésianisme extrême doublé d'un langage presque militaire, distingue des « lignes » (niveaux) de soins.

On peut se demander si, par comparaison avec la santé « physique » nous ne sommes pas aux prises avec un euphémisme confondant, lorsqu'on parle de santé mentale. Certains acteurs québécois bien placés sur le « terrain » y voient une manière d'éviter le fait de la maladie mentale, ce qui a pour impact, selon eux, d'éloigner les malades des vrais soignants et d'amener le gouvernement à subventionner les mauvaises choses. (Voir notamment, le journal *Le Soleil*, 30 novembre 1995, p. A-15, 11 Avril 1997, p. B-9, et le dernier rapport du Conseil médical du Québec sur « Les maladies mentales : un éclairage contemporain »).

En somme, il y aurait dans le concept de santé mentale des enjeux politiques ignorés dans le rapport conjoint présenté ici.

Prévention, (ré) adaptation, (ré) insertion sociale

Les auteurs distinguent ici le champ du soin et le champ de la réadaptation et tentent de démarquer ces deux moments dans la trajectoire psychopathologique d'un individu. Il faut néanmoins reconnaître que la distinction est plus abstraite qu'autre chose. À chaque moment de l'intervention auprès d'un individu en détresse mentale, il faut s'occuper à la fois du processus souffrant lui-même et de son retentissement sur le reste de la personne considérée dans ses dimensions bio-psychosociales. Elle n'est pas dénuée de sens, la position française qui considère que « les soins de réadaptation sont des soins psychiatriques à part entière qui demandent du temps, et du personnel qualifié. »

Entre le Québec et la France, les divergences de « points de vue ont des conséquences en termes de planification puisque la réadaptation doit être intégrée au système de soins spécialisés dans un pays alors qu'elle doit au contraire être le plus déprofessionnalisée possible dans l'autre ». Inutile de dire que la position des États n'est pas entièrement désintéressée dans cette histoire et que le processus de planification, à cause de son inévitable dimension politique, en sera affecté.

Plus loin, le rapport souligne l'importance des facteurs de risque dans le développement de toute maladie mentale, c'est-à-dire « n'importe quelle caractéristique associée à une probabilité augmentée d'avoir une maladie mentale ». Il faut distinguer le *facteur de risque* de l'*indicateur de risque* qui est simplement une variable associée à la fréquence d'une psychopathologie. Les auteurs suggèrent une prudence indiquée par rapport à une interprétation trop étiologique du rôle des facteurs de risque. Il est intéressant de voir qu'ils n'abandonnent pas la possibilité d'une prévention primaire, mais la situe dans un cadre réaliste : une prévention universelle, une prévention sélective (personnes âgées isolées, adolescentes enceintes, etc) et des interventions spécifiques pour des groupes à haut risque (par exemple, enfants de parents souffrant de schizophrénie).

Besoin, besoin, qui es-tu ?

Les auteurs introduisent leur définition de besoin de soin : « Un besoin (de santé mentale) existe 1) si une personne souffrant de maladie mentale présente un problème significatif dans les sphères cliniques ou sociales ; et 2) si une intervention thérapeutique ou sociale peut réduire ou contenir le problème ». La deuxième condition implique donc qu'un

problème ne fait pas un besoin. « En effet, tous les problèmes n'ont pas de solution : toutes les interventions ne sont pas justifiées », ni la mobilisation de toutes les ressources, surtout si la personne visée n'en veut pas.

Ceci les amène à éviter l'expression besoin de services, car ce dernier mot « peut impliquer dans certains contextes des interventions, dans d'autres, des intervenants ou des programmes ».

Il est certes parfois difficile d'évoquer une intervention sans penser à une ressource la dispensant. De fait, parfois elle en fournit trop, ou insuffisamment. On note ensuite comment les besoins représentent une charnière entre les états de santé mentale et les interventions. « La réponse des besoins, en termes de ressources pour accomplir ces interventions correspond à ce que nous appelons les besoins de ressources. [...] Les ressources comprennent les agents (par exemple les médecins, les psychologues, les intervenants de ressources associatives), les points de services (par exemple, une unité hospitalière, un atelier protégé, un centre de jour) et les programmes (par exemple, programme d'admission dans les lits de long séjour) ». Coupe-t-on les cheveux en quatre ?

Enfin, le rapport ramène principalement au niveau populationnel les besoins de prévention et de promotion.

Arrimage de la mesure des besoins à la planification

Le quatrième chapitre débute par la description de l'étude de Kamis-Gould et Minsky au New Jersey (1995) et la description des stratégies utilisées par cet État américain. À partir de cette expérience remarquable, les auteurs du rapport proposent de considérer deux axes pour le processus de planification, celui des niveaux et celui des populations, lequel peut se centrer sur deux logiques distinctes, soit la mobilisation actuelle des ressources ou les caractéristiques de leur état de santé mentale. Dans ce dernier axe, chaque logique a ses avantages et ses inconvénients, la première partant des pratiques effectives lesquelles peuvent être inadéquates, alors que la seconde risque de moins tenir compte des réalités concrètes. Les auteurs du rapport proposent ensuite d'adopter une démarche de planification en fonction des besoins. Mais cette démarche planificatrice doit être « fondée sur la concertation » notamment des trois groupes suivants : personnes atteintes ou à risques et leurs proches, intervenants professionnels et autres, élus et organismes responsables d'allouer des budgets. Elle doit aussi être orientée vers des résultats attendus qui permettent d'en faire l'évaluation.

Par ailleurs, pareille démarche suppose la mise au point d'indicateurs simples permettant une meilleure répartition des ressources. Les

auteurs du rapport suggèrent de recourir à des indicateurs confrontés régulièrement aux résultats d'enquêtes épidémiologiques et choisis par un équipe compétente dans le cadre du programme national d'évaluation que les auteurs suggèrent plus loin.

Ils proposent également un système d'information harmonisé sur l'ensemble du dispositif respectant la confidentialité, élaboré en concertation, et fournissant des données à un niveau géographique adapté à la planification.

Enfin, les auteurs préconisent un programme national d'évaluation spécifique à la santé mentale sur plusieurs années, doté d'un budget adéquat et associant divers milieux.

Ce dernier chapitre constitue certainement la partie la plus originale de ce rapport. Il est si bien fait qu'il ne laisse aux gouvernements concernés que d'avoir ou non la volonté d'agir.

Références

- JELINEK, M., 1979, *Institutionalizing Innovation*, New York, Praeger.
- MINTZBERG, H., 1994, *Grandeur et décadence de la planification stratégique*, Dunod.
- WILDAVSKY, A., 1973, If planning is everything maybe it's nothing, *Policy Sciences*, 4, 127-153.

Hubert Wallot