POLITIQUE DE SANTÉ *mentale*

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
1er trimestre 1989
ISBN 2-550-19379-2

photo de la couverture: PUBLIPHOTO

PRÉAMBULE

C'est avec une certaine fierté que je présente cette politique de santé mentale. Elle s'adresse à l'ensemble de la population du Québec, mais plus particulièrement aux personnes qui vivent des problèmes de santé mentale et à celles qui ont la responsabilité de les aider.

J'ai profondément l'impression qu'en posant ce geste, notre société vient de franchir un grand pas. Je crois impératif que la personne en difficulté, que ce soit en institution ou dans son milieu de vie, redevienne et demeure le centre de nos préoccupations de tous les instants et ce, avec toute l'implication qu'exige la prise en considération de sa situation. Je crois également qu'on ne peut plus ignorer les familles et les proches de ces personnes ainsi que leur environnement immédiat dans les moyens que nous envisageons à leur égard. C'est une condition que je considère essentielle dans l'atteinte des objectifs que formule cette politique.

Cette politique constitue un engagement pour le gouvernement du Québec mais aussi un appel à tous ceux dont le travail acharné permettra de répondre aux besoins pressants des personnes dont la santé mentale est compromise. J'ai confiance que nous ne leur ferons pas défaut.

En terminant, j'aimerais remercier les membres du Comité de la politique de santé mentale dont le rapport a servi d'assise au contenu de cette politique. Nous disposons maintenant d'un outil concis et précis qui permettra une vision et une action renouvelées en santé mentale.

La Ministre,

Thérèse Lavoie-Roux

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 7

PREMIÈRE PARTIE: DES PROBLÈMES PRIORITAIRES 9

L'importance des troubles mentaux dans la population du Québec 11
1.1 Des indicateurs de santé mentale 11
1.2 L'utilisation des services 12

Les difficultés rencontrées par les partenaires du système de services 13
2.1 Les personnes 13
2.2 Les familles et les proches 14
2.3 Les intervenants 14
2.4 La communauté 14

Les dysfonctionnements du système de services 15

Les problèmes prioritaires 17

DEUXIÈME PARTIE: UN CADRE POUR L'ACTION 19

La notion de santé mentale 21

Objectifs et orientations 22
2.1 Assurer la primauté de la personne 23
2.2 Accroître la qualité des services 24
2.3 Favoriser l'équité 24
2.4 Rechercher des solutions dans le milieu de vie 25
2.5 Consolider le partenariat 26

TROISIÈME PARTIE: DES MOYENS D'ACTION 29

Pour assurer la primauté de la personne 31
1.1 Pour la continuité de l'intervention: le plan de services individualisé 31
1.2 Les mécanismes de promotion, de respect et de protection des droits 32
1.3 Une stratégie d'information 35

Pour accroître la qualité des services 35
2.1 La formation 35
2.1.1 La formation continue 36
2.1.2 La formation de base 36

2.2 La recherche 37
2.3 L'évaluation 38

Pour atteindre l'équité 38
3.1 L'accessibilité aux services 39
3.1.1 La gamme essentielle de services de santé mentale 39
A- L'information 39
B- La promotion de la santé mentale et la prévention 40
C- Les services de base 41
D- Le traitement spécialisé 42
E- Le support aux familles 43
F- La réadaptation et la réintégration sociale 44
3.1.2 Une complémentarité de services 45
A- La réponse à des problématiques particulières 45
B- La collaboration interréseaux 46
C- Les ententes interrégionales 47
3.2 L'allocation des ressources 47
3.2.1 La répartition des ressources financières 47
3.2.2 La répartition des ressources humaines 48

Pour des solutions dans le milieu de vie des personnes 49
4.1 Les organismes communautaires 49
4.2 La désinstitutionnalisation 50
4.2.1 Des plans de désinstitutionnalisation 51
4.2.2 Un groupe d'experts 51

Pour consolider le partenariat 52
5.1 La décentralisation 52
5.1.1 La démarche de planification régionale 53
5.1.2 Le plan d'organisation de services 54
5.1.3 Une gestion régionale 55
5.2 Un partenariat gouvernemental 55

CONCLUSION: POUR PRÉPARER LA SUITE 57

ANNEXE: PLAN D'ACTION 59

INTRODUCTION

Le secteur de la santé mentale a beaucoup évolué au cours des dernières décennies. L'amélioration des connaissances, l'apparition de nouvelles pratiques et une meilleure accessibilité aux services représentent des pas importants. Ces progrès ont été rendus possibles grâce à l'engagement des personnes oeuvrant en santé mentale et à l'émergence d'un nouveau dynamisme communautaire.

Néanmoins, des inquiétudes majeures subsistent. Comme dans la plupart des pays industrialisés, les troubles mentaux augmentent chez la population québécoise. L'aide et le soutien aux personnes souffrant de troubles mentaux demeurent insuffisants. L'accessibilité aux services rencontre encore des limites. L'implication de tous les partenaires, qu'ils soient de l'intérieur ou de l'extérieur du système de services, reste à réaliser. Voilà autant de raisons qui obligent à définir des orientations en santé mentale.

Plusieurs contributions ont permis d'élaborer cette politique. La réflexion menée dans différents milieux de recherche et d'intervention ainsi que les avis du Comité de la santé mentale du Québec en ont posé les premiers jalons. Le rapport du Comité de la politique de santé mentale (rapport Harnois), publié à l'automne 1987, a établi les grandes lignes de son contenu. Enfin, les audiences de la Commission parlementaire des Affaires sociales sur le rapport Harnois ont permis de recueillir des consensus sur les problèmes et les priorités d'action. Ces consensus constituent, somme toute, l'essentiel des intentions ministérielles présentées ici.

Cette politique emprunte deux voies. La première met l'accent sur la nécessité de répondre le mieux possible aux besoins de la personne; elle a donc trait à la prestation et à l'organisation des services. La seconde fournit les premiers éléments d'une action globale qui vise l'amélioration de la santé mentale de la population. Elle implique des actions au-delà du système de services.

Les orientations et les moyens d'action retenus reposent sur la reconnaissance du potentiel et l'engagement de la personne, de sa famille, de ses proches, de la communauté et des intervenants. Le partenariat doit donc marquer l'activité du système à tous les échelons: local, régional, central. Il doit favoriser aussi la collaboration avec les autres secteurs de la vie collective.

Ce document comprend trois parties. La première dégage les problèmes prioritaires à partir d'un sommaire de l'état de santé mentale de la population, des difficultés que rencontrent les divers partenaires du système de services et des dysfonctionnements de ce système. La seconde définit la perspective adoptée et présente les orientations. La dernière partie précise comment et avec qui le ministère de la Santé et des Services sociaux entend s'associer pour mener son action. Enfin, un plan d'action est annexé.

PREMIÈRE PARTIE

Des problèmes prioritaires

PREMIÈRE PARTIE

Des problèmes prioritaires

Trois questions permettront de dégager les problèmes prioritaires en santé mentale: quelle est l'importance des troubles mentaux? Quelles difficultés rencontrent les divers partenaires des services de santé mentale? À quels problèmes fait face le système de services?

L'importance des troubles mentaux dans la population du Québec

Nous disposons de peu de données sur l'état de santé mentale de la population québécoise. L'enquête Santé Québec et le rapport du Comité de la politique de santé mentale procurent des informations précieuses quoique fragmentaires. Le sommaire suivant permet de dégager certaines tendances, même s'il convient d'être prudent avant de tirer des conclusions définitives.

1.1 Des indicateurs de santé mentale

L'enquête Santé Québec révèle que les trois quarts de la population québécoise s'estiment en bonne forme psychologique. Cette enquête a permis de mieux mesurer les relations entre les conditions socio- économiques, l'état de santé général, l'environnement social et le niveau de détresse. Ainsi, le bien-être psychologique est fonction du revenu familial, du niveau de santé global et du fait que l'on peut éviter l'accumulation d'événements stressants. De façon générale, Santé Québec vient confirmer que l'état de santé mentale d'une population est fortement associé aux conditions sociales.

Par ailleurs, près d'une personne sur cinq connaîtra un problème de santé mentale au cours de sa vie. Actuellement, 20 pour 100 seulement de ces problèmes seraient dépistés et traités. Certains groupes sont plus vulnérables: les personnes qui vivent seules, celles qui sont peu scolarisées, celles qui ne travaillent pas à l'extérieur du domicile, les personnes âgées isolées, les réfugiés et les immigrants coupés de leur support social d'origine.

Rien n'indique que les troubles mentaux sévères, comme les psychoses, soient en progression; quels que soient l'époque et le lieu, la schizophrénie, par exemple, touche environ un pour cent de la population. Ces troubles mentaux sévères comportent des conséquences sérieuses pour la personne, son entourage et la collectivité et représentent un fardeau important pour le système de services.

Quant à la dépression et à l'anxiété, elles affecteraient environ 12 pour 100 de la population adulte du Québec. Il ne s'agit pas ici que de symptômes et de manifestations cliniques, mais de troubles qui empêchent une personne d'assumer ses activités quotidiennes pendant un certain temps.

En outre, l'évolution sociale récente a favorisé l'émergence de phénomènes qui sont associés à l'état de santé mentale d'une population: le suicide, la violence, l'alcoolisme et les toxicomanies.

Le taux de suicide a connu une augmentation spectaculaire au cours des deux dernières décennies: chez les jeunes de 15 à 24 ans par exemple, il a été multiplié par plus de huit. Chez les jeunes hommes, ce taux atteint 34,5 suicides par 100 000 habitants, ce qui représenterait même un sommet mondial. Le phénomène demeure par ailleurs inquiétant pour tous les groupes d'âge.

La violence n'est certes pas un phénomène social nouveau, mais la désapprobation collective de gestes violents commis à l'endroit de proches l'est. Parmi les différentes formes d'expression de la violence, l'abus à l'égard des enfants, la violence conjugale, la violence envers les personnes âgées viennent en tête de liste. Les actes de violence comportent des conséquences importantes pour la victime et son entourage.

L'abus d'alcool est souvent associé à la violence conjugale, aux mauvais traitements et à la négligence envers les enfants, à la criminalité et à la maladie mentale. Bien que la consommation d'alcool semble s'être stabilisée au Québec, elle augmenterait chez les femmes et les jeunes de 20 à 24 ans. Les jeunes consommeraient également plus de drogues, la polytoxicomanie étant la pratique la plus répandue. Quant à la consommation abusive de médicaments, les groupes les plus vulnérables seraient les femmes d'âge moyen, les femmes seules à la maison ou assistées sociales et les personnes âgées. Ce comportement paraît lié à la marginalisation sociale et à l'isolement.

En somme, les troubles mentaux constituent une préoccupation sociale importante et ils affectent, de façons diverses, toutes les couches de la population.

1.2 L'utilisation des services

Les troubles mentaux représentent la deuxième cause d'hospitalisation au Québec, la première chez les hommes de 25 à 44 ans et les jeunes de 15 à 24 ans. Ils constituent le problème de santé le plus important quant à la part des dépenses publiques qui leur est réservée.

Actuellement, près de 10 000 personnes sont hospitalisées pour un long séjour en centre hospitalier psychiatrique. Plus de 5 000 sont hébergées dans des ressources intermédiaires. Environ 15 000 personnes qui éprouvent des troubles mentaux vivent dans leur famille ou avec un proche. Enfin, plusieurs autres se retrouvent parmi les sans-abri ou en milieu carcéral.

Depuis 1980, le nombre de journées d'hospitalisation pour troubles mentaux dans les centres hospitaliers de soins de courte durée augmente annuellement de 2,5 pour 100 en moyenne; il compte actuellement pour 20 pour 100 du total des journées d'hospitalisation. Au cours des dernières années, l'âge moyen des personnes hospitalisées pour troubles mentaux a diminué graduellement. La clientèle des moins de 30 ans a considérablement augmenté.

Le nombre de traitements psychiatriques remboursés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec connaît une augmentation annuelle de 2 pour 100. Presque la moitié de ces traitements sont effectués par les médecins omnipraticiens.

La consommation de services médicaux psychiatriques chez les enfants prend de l'importance; il semble que les troubles socio-affectifs et psychosomatiques soient maintenant mieux connus et davantage repérés.

Les femmes ne seraient pas affectées plus que les hommes de troubles mentaux graves; elles reçoivent en fait 52 pour 100 des diagnostics d'hospitalisation en soins de courte durée. Pourtant elles consultent le médecin trois fois plus pour des problèmes psychiques et reçoivent deux fois plus de traitements; chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans, c'est cinq fois plus.

Les difficultés rencontrées par les partenaires du système de services

Depuis le début des années soixante, l'approche de la maladie mentale, les pratiques, l'organisation des services et l'environnement social ont considérablement changé. Aujourd'hui, la maladie mentale n'est plus considérée comme une fatalité. Ses conséquences restent tout de même très lourdes pour la personne, son entourage et la communauté.

Dans l'intervention tout autant que dans l'organisation des services, on omet des éléments fondamentaux: la personne vit dans une famille; elle a des proches; elle évolue dans une communauté. Si son problème est une cause de rupture dans cet univers relationnel, les façons d'intervenir accentuent parfois les conséquences de cette rupture.

2.1 Les personnes

Le diagnostic a été maintes fois posé: on ne favorise pas la prise en compte des conditions biologique, psychologique et sociale de la personne, ce qui génère des pratiques parfois mal adaptées à ses besoins. On oublie fréquemment de considérer aussi l'origine culturelle, les choix spirituels et d'autres caractéristiques qui influencent les comportements des individus.

Ramenée à une série de symptômes et traitée comme telle, la personne malade se voit trop fréquemment isolée, coupée de ses liens, de son passé et de son environnement. C'est sa condition de malade qui prime. Peu engagée dans les décisions qui la concernent, elle est souvent peu informée, privée de l'exercice de ses rôles sociaux fondamentaux ou même lésée dans ses droits.

Trop souvent, la personne se retrouve devant une organisation complexe où les structures prédominent au détriment des services; certains services sont difficiles d'accès; d'autres répondent tardivement; une certaine confusion persiste quant aux rôles et responsabilités de chacun.

2.2 Les familles et les proches

On a longtemps négligé l'importance de la famille et des proches dans l'aide et le soutien et certains facteurs les empêchent encore de jouer pleinement leur rôle. D'une part, leur exclusion du processus d'aide révèle que l'on sous-estime les capacités du réseau social primaire. D'autre part, on ne leur fournit pas l'information et le soutien nécessaires pour faire face à des situations complexes qui risquent de compromettre sérieusement l'équilibre familial. Pourtant, c'est souvent dans la famille que la personne en réinsertion sociale revient aujourd'hui.

2.3 Les intervenants

Les personnes engagées dans une relation d'aide se retrouvent dans une organisation de services qui ne favorise pas toujours la valorisation de leurs rôles ni la pleine reconnaissance de leurs capacités. Parfois, cette organisation n'offre pas le support nécessaire à l'exercice de leurs responsabilités.

Les causes sont multiples: en santé mentale, les résultats paraissent souvent peu spectaculaires; l'intervenant est souvent confronté à ses propres conflits; les conditions de travail sont difficiles, difficultés accentuées par la fragmentation des interventions, le cloisonnement et la rigidité des structures.

2.4 La communauté

Une des façons privilégiées d'assurer la meilleure réponse possible aux besoins des personnes qui demandent des services réside dans un rapprochement des milieux naturels de vie. Or, on remarque au sein des communautés des résistances manifestes. Par ailleurs, les établissements obéis-

sent à une logique interne qui ne tient pas toujours compte du dynamisme communautaire.

Certes, l'approche communautaire a favorisé une meilleure compréhension des liens entre la personne et la communauté. On a cependant mis en évidence les possibilités que cette approche offrait sans assez insister sur les limites imposées par les communautés elles-mêmes.

Encore maintenant, la population québécoise connaît mal les problèmes de santé mentale. Elle demeure réticente à faire appel aux services spécialisés. Elle est peu optimiste quant à l'efficacité des interventions.

Les ressources communautaires sont aujourd'hui l'objet d'une reconnaissance mitigée. Elles sont souvent absentes des diverses instances. On ne leur assure pas un soutien à la mesure de leur contribution et des possibilités qu'elles offrent. Pourtant, le dynamisme communautaire assure la constante et nécessaire remise en question des pratiques et des modes d'organisation des services.

Les dysfonctionnements du système de services

L'accent placé sur le traitement et la réadaptation a permis de passer du système asilaire à une philosophie d'intégration sociale. Les hôpitaux généraux ont graduellement ouvert des unités de soins psychiatriques. Elles répondent aujourd'hui aux trois quarts de la population en besoin de services. Au cours des ans, l'équipe soignante s'est enrichie de plusieurs catégories de professionnels. L'adoption de nouvelles approches et l'émergence de groupes communautaires, particulièrement au début des années quatre-vingt, ont généré d'autres pratiques et une diversification des services.

Le nombre de personnes hébergées en centres hospitaliers psychiatriques a été ainsi réduit de plus de la moitié. Mais, encore aujourd'hui, quinze pour cent des gens hébergés seraient aptes à vivre une existence autonome, seuls ou dans leur famille. Le tiers seraient en mesure de vivre dans la communauté, si on leur fournissait de l'aide et de l'encadrement. Pour les personnes concernées, la situation est sérieuse. Le placement entraîne un état de dépendance, marginalise et prive de l'exercice de ses responsabilités et de la liberté de choix.

Pourtant, la question de la désinstitutionnalisation reste problématique. Le terme désigne plus qu'un simple mouvement de sortie de l'établissement. Il faut noter une insatisfaction à l'égard de modes de prise en charge et de certaines pratiques. On relève aussi des lacunes tant dans la sélection des personnes qui réintègrent la société que dans la préparation des milieux d'accueil.

Le succès relatif de la désinstitutionnalisation met en relief les lacunes des services destinés à assurer le maintien des personnes dans la communauté. Depuis le rapport Bédard (1962) et le renouvellement de la mission des établissements psychiatriques qui a suivi, on a limité l'admission et diminué la durée du placement. Mais une des conséquences de ce mouvement est que des personnes se retrouvent dans des ressources qui n'ont pas été développées pour assumer leur prise en charge. En l'absence de moyens substituts ou à cause de l'insuffisance de ceux-ci, la désinstitutionnalisation crée des surcharges importantes sur des organismes du milieu, les empêchant ainsi de remplir adéquatement les rôles qu'ils s'étaient fixés.

Par ailleurs, une partie importante des personnes en centre hospitalier psychiatrique n'y bénéficient pas d'un milieu de vie approprié et ce, même si l'établissement psychiatrique continue de drainer une part importante des ressources financières consacrées à la santé mentale. Le quart de ces personnes, compte tenu d'un comportement jugé antisocial ou difficile, devraient profiter de soins de réadaptation continus en établissement. Un autre 25 pour 100, considérées comme dangereuses pour elles-mêmes ou les autres, devraient pouvoir compter sur un meilleur milieu de protection. Le mode de prise en charge institutionnel n'offre donc pas toujours l'occasion d'assurer une diversité de services à l'intérieur d'un système intégré; les interventions sont là aussi segmentées et les pratiques, rigides.

La question de la désinstitutionnalisation et la qualité des services en établissement sont des manifestations d'autres difficultés auxquelles est confronté le système de services.

Ainsi, le manque de consensus sur la nature, l'objet et l'étendue de la santé mentale fait qu'il est parfois difficile de déterminer quelles personnes pourront bénéficier de services, de s'entendre sur la nature de leurs problèmes et sur les efforts à consentir. La qualité des services, l'engagement des intervenants et les résultats des efforts consentis en sont affectés. Cette situation constitue un obstacle à la cohérence dans l'organisation des services.

On relève aussi des limites à l'accessibilité à une gamme diversifiée de services. Il existe un déséquilibre dans les efforts consentis entre les activités de promotion, de prévention, de traitement, de réadaptation et de réintégration sociale. On constate une distribution inéquitable des ressources humaines, matérielles et financières entre les régions mais également à l'intérieur des régions. C'est que les ressources n'ont pas toujours été allouées selon une logique de services à offrir pour satisfaire les besoins de la population.

Les centres de décisions demeurent éloignés des problèmes. Le recours à un système de normes définies à l'échelon central, en plus de rigidifier les modes de prestation de services, fait en sorte que l'homogénéité des réponses a pris le pas sur la diversité des besoins.

Il faut enfin noter le manque de collaboration entre les services de santé mentale et les autres secteurs du système de santé et de services sociaux d'une part, et avec différents secteurs d'activité tels l'habitation, les affaires municipales, la justice et l'éducation d'autre part. Cette situation est relevée à tous les niveaux: central, régional et local. Elle impose des limites importantes à une action collective en santé mentale.

Les problèmes prioritaires

Le sommaire de l'état de santé mentale de la population, le relevé des difficultés rencontrées par les divers partenaires et les dysfonctionnements au sein du système de services font ressortir les problèmes prioritaires suivants:

• l'absence de consensus sur la notion de santé mentale

L'absence de consensus sur la santé mentale génère des situations conflictuelles qui ont trait tant aux besoins à satisfaire, à la philosophie d'intervention qu'à la délimitation des champs de pratique et au partage des responsabilités. Il est impérieux d'adopter une compréhension commune qui puisse, d'une part, orienter le développement du système de services et, d'autre part, dépasser le cadre de la maladie mentale pour s'ouvrir à l'ensemble des réalités influençant la santé mentale.

• des interventions mal adaptées aux besoins des personnes

Les interventions ne s'inscrivent pas toujours dans une vision globale qui intègre les aspects biologique, psychologique et social. La marginalisation et le manque de respect pour le potentiel des personnes et leurs droits imprègnent encore certaines pratiques. Le cloisonnement qui se manifeste autant entre les intervenants que dans les établissements accentue le problème, ce qui a des conséquences importantes pour la personne: elle ne peut jouer pleinement son rôle dans le système de services.

• une préoccupation insuffisante pour le milieu de vie des personnes

Dans l'intervention tout autant que dans l'organisation des services, on ne tient pas suffisamment compte du potentiel que représente le milieu de vie des personnes. Plusieurs pratiques sont à remettre en cause de façon à ce que la famille, les proches et la communauté soient reconnus comme des partenaires essentiels en santé mentale et, à ce titre, supportés adéquatement.

• **des lacunes quant à la qualité des services**

L'éparpillement des efforts consacrés à la formation, l'insuffisance de la recherche et la faiblesse des préoccupations quant à l'évaluation ne sont pas de nature à favoriser la qualité des services. L'intégration des connaissances, leur évolution ainsi que l'évaluation des pratiques et des programmes demeurent insuffisamment développées.

• **la répartition inéquitable des ressources**

Des limites à l'accessibilité aux ressources persistent. Elles sont des résultantes d'une répartition inéquitable des ressources tant entre les différentes régions du Québec qu'entre les activités de promotion, de prévention, de traitement, de réadaptation et de réintégration sociale.

• **un équilibre difficile à atteindre entre le recours au modèle institutionnel et l'intégration au milieu de vie naturel**

La prise en charge en milieu institutionnel demeure encore élevée au Québec. Même si la démarche de désinstitutionnalisation a été amorcée, elle ne s'est pas accompagnée d'une réallocation de ressources adéquate pour assurer les conditions dans lesquelles doit se réaliser la réinsertion sociale. Ce qui est principalement en cause ici, c'est la capacité du système de services d'offrir des réponses dans le milieu de vie des personnes, de développer et de maintenir des liens étroits avec ce milieu et de pouvoir s'adapter à ses conditions particulières.

• **le fonctionnement cloisonné des structures**

Un mode uniforme d'organisation des services et un manque de collaboration entre divers secteurs d'activités constituent des empêchements à l'adaptation des réponses aux besoins spécifiques des personnes.

DEUXIÈME PARTIE

Un cadre pour l'action

DEUXIÈME PARTIE

Un cadre pour l'action

Les objectifs et orientations de cette politique découlent d'une conception de la santé mentale qu'il importe de préciser dès le départ. Le choix d'orientations générales permettra ensuite d'exposer les domaines d'intervention susceptibles de corriger les problèmes relevés.

Ces domaines sont en fait de trois ordres. Certains relèvent de décisions gouvernementales; il s'agit principalement d'apporter à court terme des modifications à l'organisation des services dans un souci de pertinence et de cohérence. D'autres concernent les intervenants du réseau et reposent sur leur engagement et leur compétence. D'autres enfin visent des changements à plus long terme; ils convient la société, dans son ensemble, à plus d'ouverture en regard des questions de santé mentale.

La notion de santé mentale

Il est difficile de circonscrire la santé mentale dans une définition qui tienne compte à la fois des critères spécifiques qu'utilisent les individus pour définir leur propre santé mentale et de la globalité de la santé mentale d'une population. On reconnaît néanmoins que la santé mentale comporte trois dimensions:

- un axe biologique qui a trait aux composantes génétiques et physiologiques;
- un axe psychodéveloppemental qui met l'accent sur les aspects affectif, cognitif et relationnel;
- un axe contextuel qui fait référence à l'insertion de l'individu dans un environnement et à ses relations avec son milieu.

C'est l'aspect du psychodéveloppement qui caractérise le mieux l'état de santé mentale. Ainsi, la santé mentale d'une personne s'apprécie à sa capacité d'utiliser ses émotions de façon appropriée dans les actions qu'elle pose (affectif), d'établir des raisonnements qui lui permettent d'adapter ses gestes aux circonstances (cognitif) et de composer de façon significative avec son environnement (relationnel). Tout en reconnaissant cette spécificité, il demeure fondamental d'agir à la fois sur les dimensions biologique, psychologique, sociale et ainsi élargir l'action en santé mentale.

En fait, nous sommes placés devant deux ensembles de besoins. D'une part, des personnes qui, aux prises avec un problème de santé mentale, s'adressent à un système de services pour obtenir une réponse appropriée à leurs besoins. Vu sous l'angle de l'intensité de leur problème et sans égard aux typologies conçues principalement à des fins diagnostiques, on retrouve ici:

- les personnes qui présentent des troubles mentaux sévères, généralement persistants, associés à de la détresse psychologique et à un niveau

d'incapacité qui interfère de façon significative dans leurs relations interpersonnelles et leur compétence sociale de base. On désigne habituellement ces personnes sous l'appellation «malades mentaux chroniques»;

- les personnes qui vivent des troubles mentaux transitoires, d'intensité variable, sources d'une détresse psychologique importante, qu'une aide appropriée, prodiguée au moment opportun, peut ramener à leur niveau de fonctionnement psychologique et social antérieur;

- les personnes dont la santé mentale est menacée, c'est-à-dire susceptibles de développer des problèmes de santé mentale parce qu'elles vivent des situations ou affrontent des conditions de vie qu'elles jugent intolérables. À court ou à moyen terme, ces conditions affectent leur équilibre psychique, étant donné leur vulnérabilité.

D'autre part, un second ensemble concerne la population et particulièrement certains groupes plus susceptibles de développer des problèmes de santé mentale soit en raison de leurs conditions de vie sociale, culturelle ou économique, ou parce qu'ils sont exposés à des phénomènes comme la violence, le suicide, l'alcoolisme et les toxicomanies. Ce second ensemble implique la nécessité de considérer que l'éducation, le travail, le loisir ainsi que les conditions socio-économiques déterminent également la santé mentale d'une population.

Certaines personnes vivent d'autres problèmes conjugués à des troubles mentaux: déficience intellectuelle, délinquance, criminalité, itinérance. Ici, la complexité commande la collaboration des réseaux de services concernés.

Une politique de santé mentale doit tenir compte de ces deux grands ensembles. L'acuité des problèmes vécus par les personnes et l'intensité de leurs besoins en termes de services commandent de mettre l'emphase sur le premier. Cependant, il importe déjà de s'orienter vers un élargissement de l'action qui permettra d'intervenir de plus en plus sur les déterminants de la santé mentale et de toucher ainsi l'ensemble des groupes concernés et la population en général.

Objectifs et orientations

Cette façon de concevoir la santé mentale et de définir deux ensembles de besoins conduit à la formulation des deux objectifs généraux de cette politique:

I- PERMETTRE À TOUTE PERSONNE DONT LA SANTÉ MENTALE EST PERTURBÉE OU QUI RISQUE DE VOIR SON ÉQUILIBRE PSYCHIQUE COMPROMIS, D'OBTENIR UNE RÉPONSE ADAPTÉE À SES BESOINS ET UNE ATTENTION APPROPRIÉE À SA SITUATION.

II- FAVORISER LE MAINTIEN ET LE DÉVELOPPEMENT OPTIMAL DE LA SANTÉ MENTALE DE LA POPULATION.

Pour rendre opérationnels ces deux objectifs et tenir compte de l'état de situation décrit précédemment, cinq orientations complémentaires proposent des réponses aux questions suivantes: comment recentrer les services sur la personne? Dans quels secteurs investir pour améliorer la qualité des services? Comment accroître l'accessibilité aux services et pour ce faire, assurer une distribution équitable des ressources entre les différentes régions du Québec? Quels moyens mettre en place pour favoriser une réponse dans le milieu de vie? Comment assurer et supporter la participation de la personne elle-même, de sa famille, de ses proches et également de sa communauté aux prises de décisions les concernant et à l'implantation des actions qui en résultent?

2.1 Assurer la primauté de la personne

Assurer la primauté de la personne implique le respect de sa personnalité, de sa façon de vivre, de ses différences et des liens qu'elle entretient avec son environnement. C'est également miser sur ses capacités, tenir compte de son point de vue, favoriser sa participation et celle de ses proches. Cette orientation suppose enfin sa participation dans les décisions qui la concernent, la prise en considération de l'ensemble de ses besoins et de sa condition bio-psycho-sociale ainsi que le respect de ses droits.

La primauté de la personne doit marquer autant la prestation que l'organisation des services. Ainsi, le ministère de la Santé et des Services sociaux estime que la continuité de l'intervention constitue un enjeu majeur dans la prestation des services. Il est indispensable de favoriser la mobilisation des intervenants autour des besoins de la personne, d'encourager la participation des proches et de susciter la collaboration de partenaires de secteurs qui peuvent contribuer à satisfaire des besoins auxquels le réseau de la santé et des services sociaux ne peut répondre. Dans le but de favoriser la continuité de l'intervention, le Ministère retient comme mesure à implanter, de façon progressive et avec toute la flexibilité nécessaire, le plan de services individualisé.

En second lieu, on consacrera des efforts particuliers à la promotion, au respect et à la protection des droits. À cette fin, le Ministère entend consolider l'action de différents groupes communautaires et des comités de bénéficiaires, faciliter les démarches de la personne que sa condition rend plus vulnérable, faire en sorte que le réseau de services puisse assumer véritablement ses responsabilités et rendre accessible un véritable mécanisme de recours indépendant des structures du système de santé et de services sociaux.

Enfin, la sensibilisation de la population représente une des conditions préalables à la mise en oeuvre de cette politique. Il faut informer le public sur la portée des mesures destinées aux personnes, favoriser la participation de la communauté et l'intégration sociale. La continuité de l'intervention, la promotion et le respect des droits ainsi que l'information constituent des éléments essentiels mais non exclusifs pour assurer la primauté de la personne. Ils sont les premiers jalons de la réorganisation envisagée des services.

2.2 Accroître la qualité des services

En santé mentale, deux aspects doivent être considérés, eu égard à la qualité des services: la façon de répondre aux besoins et les conditions dans lesquelles se déroulent les interventions. On vise ici à accorder la priorité aux modes de pratiques dont l'efficacité est démontrée tout en favorisant l'innovation dans un contexte de rigueur.

Des modifications aux structures dispensatrices de services sont sans doute importantes pour assurer une meilleure cohérence et une plus grande pertinence à l'action. Mais la qualité des services dépend d'abord de la façon dont les connaissances sont mises à profit dans l'intervention. Elles doivent également favoriser le débordement des lieux traditionnels de pratique, l'ouverture sur de nouvelles problématiques et la mise à contribution d'intervenants diversifiés. La formation des ressources humaines sera donc accentuée de façon à favoriser l'évolution de certaines pratiques.

La qualité des services dépend également de l'évolution des connaissances. Il faut donc accroître les efforts en recherche en adoptant des objectifs cohérents et en établissant des priorités en fonction des besoins de la population et des secteurs où l'absence de connaissances est la plus flagrante.

L'évaluation des modes d'intervention constitue la troisième voie privilégiée pour améliorer la qualité des services. Beaucoup plus qu'une méthode à l'usage des seuls spécialistes, elle doit s'inscrire comme une phase normale de l'organisation et de la prestation de services et orienter l'évolution du système. Il faut donc préciser les attentes quant à l'évaluation pour chacun des niveaux de l'organisation.

2.3 Favoriser l'équité

En santé mentale, l'équité implique quatre éléments essentiels: l'équilibre entre les différents programmes; l'accessibilité accrue aux services; la

répartition des ressources en fonction des besoins; des conditions susceptibles de favoriser le maintien et le développement de la santé mentale pour toutes les couches de la société.

L'équité suppose d'abord l'accès à une diversité de services le plus près possible des milieux de vie, de façon à briser les situations de rupture, à diminuer l'attente et à empêcher la dispersion des efforts. Pour ce faire, une gamme de services doit être conçue pour prévenir les situations de détresse et y répondre adéquatement, favoriser l'intervention la plus adaptée et la moins contraignante possible, optimiser les conditions d'intervention dans le milieu de vie naturel.

En conséquence, le ministère de la Santé et des Services sociaux entend assurer la présence dans chaque région d'une gamme essentielle de services. Il entend, de plus, établir des liens formels avec d'autres réseaux où l'on retrouve des personnes aux prises avec des problèmes qui requièrent l'expertise des services de santé mentale, tels que les réseaux de la Justice et de l'Éducation.

Définie dans une perspective d'équité, l'accessibilité aux services implique également la disponibilité et la répartition équitable des ressources humaines et financières, selon des critères qui tiennent compte à la fois des ressources déjà en place dans chaque région et des besoins de la population.

2.4 Rechercher des solutions dans le milieu de vie

Toutes les formes d'intervention en santé mentale doivent rechercher des réponses adaptées aux caractéristiques spécifiques de chaque communauté et de ses membres. Elles doivent être élaborées en étroite association avec ce milieu et favoriser le maintien dans le milieu de vie et la réintégration sociale des personnes.

Une telle orientation implique que les solutions que propose le milieu doivent être privilégiées et soutenues. Différents types de services ont déjà été mis en place au sein des communautés et par elles. Certains groupes se sont orientés vers la promotion et la défense des droits. Des personnes ayant été confrontées à des situations pour lesquelles elles ont tenté de trouver des solutions fournissent entraide et support. Enfin, d'autres groupes dispensent des services selon des approches novatrices dans les milieux de vie des personnes. Cette politique constitue, pour le ministère de la Santé et des Services Sociaux, l'occasion de reconnaître la contribution de la communauté dans la solution aux problèmes vécus par les personnes.

Favoriser le maintien et l'intégration suppose la disponibilité d'une gamme de services près des milieux de vie et adaptée aux besoins des personnes et à leur condition. Cela suppose également une réceptivité accrue des communautés à l'égard des personnes souffrant d'un problème d'ordre mental.

C'est dans ce contexte que se pose toute la question de la désinstitutionnalisation. Concrètement, l'action se situe sur trois paliers. Tout d'abord, l'établissement psychiatrique doit établir un plan de désinstitutionnalisation. Une fois identifiées les personnes devant bénéficier des mesures de réinsertion, ce plan précise les conditions et les services nécessaires à l'amorce de ce mouvement. En second lieu, la présence de la gamme de services, dans chacune des régions, constitue une condition essentielle à la désinstitutionnalisation. Enfin, le Ministère crée, au niveau central, un groupe d'experts pour favoriser la réflexion autour de cette question, cumuler les expériences et soutenir les engagements pris par les établissements concernés.

2.5 Consolider le partenariat

Le partenariat suppose la mobilisation concertée de la personne, de ses proches, des intervenants, de la communauté, des ressources publiques et de celles du milieu. Il implique trois conditions: la reconnaissance du potentiel de chacun des partenaires, l'existence de rapports ouverts entre ceux-ci et l'adoption d'objectifs communs.

Le partenariat est une façon de faire et non une ligne de conduite réglementaire. Il trouve assise dans l'intervention, la planification, l'organisation et la gestion des services. Il concerne également différents interlocuteurs dans plusieurs secteurs d'activité.

La personne doit se retrouver au premier plan. Le partenariat, c'est d'abord une question d'attitudes. Mais faire de la personne un partenaire véritable implique de poser des gestes concrets qui favorisent sa participation à tous les niveaux possibles et qui lui permettent d'influencer la prise de décision.

La famille et les proches occupent une place particulièrement importante, compte tenu des responsabilités qu'ils exercent et du rôle qu'ils peuvent jouer dans la réadaptation et la réintégration sociale. Il faut dès maintenant reconnaître concrètement ce rôle, le confirmer et le supporter.

La communauté représente aussi un partenaire important, notamment dans la prévention des problèmes et la réintégration sociale des personnes. Son rôle ne peut être réglementé. Tout au plus peut-il être favorisé de

deux façons: en consacrant des efforts pour accroître la réceptivité des communautés envers les malades mentaux; en soutenant adéquatement les initiatives communautaires.

Les intervenants sont des agents essentiels. Le partenariat prend ici la forme du travail pluridisciplinaire et donc de la mise à contribution des compétences spécifiques de chaque discipline pour une action concertée. Le partage des connaissances et des habiletés représente toujours un défi important en santé mentale, particulièrement dans l'intervention.

C'est toutefois dans l'organisation des services que le partenariat se révèle la façon privilégiée d'oeuvrer en santé mentale. Le ministère de la Santé et des Services sociaux veut donner la possibilité à chacune des régions du Québec de définir les modalités d'organisation des services qui correspondent aux besoins de sa population. Plusieurs raisons motivent ce choix: la nécessité de réponses adaptées au milieu de vie; des différences interrégionales importantes quant aux problèmes et aux populations en besoin; des configurations de ressources souvent dissemblables d'une région à l'autre.

Cette façon de concevoir l'organisation des services doit également être perçue comme une façon de maximiser l'utilisation des ressources et de réunir les conditions propices à l'efficacité et à l'efficience. Elle s'appuie sur le dynamisme communautaire. La participation, qui sous-tend cette démarche, doit également s'étendre à d'autres partenaires que ceux du réseau de la santé et des services sociaux. Au niveau régional, la coopération entre les divers secteurs reliés à la santé mentale gagne à être intégrée, de façon à développer une perspective d'action commune en santé mentale, à accroître la diversité des services et à en améliorer l'efficacité.

Enfin, le partenariat doit s'exercer dans une perspective d'intersectorialité, au niveau central. Certes, l'état de santé mentale de la population québécoise, son maintien et son amélioration sont la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il s'agit là d'une responsabilité légale. Toutefois, la protection, le soutien et les services dont les personnes ont besoin dépassent largement le champ de responsabilité du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux. La mise en place des conditions favorables au maintien et à l'amélioration de la santé mentale de la population, à la prévention des problèmes ainsi qu'à la réintégration sociale exigent la conjugaison des efforts de plusieurs secteurs. Le partenariat doit aussi être développé au sein du gouvernement en vertu de la responsabilité sociale de ce dernier par rapport à la santé mentale de la population.

À tous les niveaux, il est possible et hautement souhaitable de développer le partenariat en santé mentale. On peut certainement le considérer comme une condition essentielle de progrès pour les années à venir.

En conclusion, le ministère de la Santé et des Services sociaux estime que, pour les prochaines années, ce sont ces orientations qui vont constituer l'essentiel de son action en santé mentale. Il s'engage à s'en faire le promoteur auprès de tous ceux et celles qui sont impliqués directement dans les services auprès des personnes et à établir les nécessaires collaborations avec d'autres secteurs.

TROISIÈME PARTIE

Des moyens d'action

TROISIÈME PARTIE

Des moyens d'action

Voici les moyens que le ministère de la Santé et des Services sociaux met de l'avant pour appuyer les objectifs et les orientations retenus.

Pour assurer la primauté de la personne

Le système doit être centré sur la personne, tenir compte de ses conditions de vie et de son milieu. Trois moyens principaux devraient contribuer à rencontrer ces exigences: le plan de services individualisé; des mécanismes de promotion, de respect et de protection des droits; une stratégie d'information et de sensibilisation.

1.1 Pour la continuité de l'intervention: le plan de services individualisé

Le Règlement sur l'organisation et l'administration de la Loi sur les services de santé et les services sociaux oblige à élaborer un plan d'intervention pour toute personne hébergée dans un établissement plus de 90 jours. Ce plan établit, pour chaque type d'intervention, les besoins du bénéficiaire, les objectifs poursuivis à son égard, les services nécessaires et la durée anticipée de ces services.

Au-delà de l'obligation du plan d'intervention qu'il maintient, le ministère de la Santé et des Services sociaux entend promouvoir l'utilisation du plan de services individualisé de façon à ce que l'on puisse disposer, pour chacun des bénéficiaires, d'un moyen de coordination des interventions apte à satisfaire l'ensemble de ses besoins de services. La personne, à la base du plan de services individualisé, constitue ainsi le point de référence de tous les intervenants. Le plan permet:

- de cerner les besoins et les capacités de la personne;
- d'aménager les services prévus en fonction de ses besoins et des ressources du milieu;
- de coordonner les actions préventives, curatives, de réadaptation et de soutien;
- de partager l'information avec la personne et ses proches et entre les intervenants.

Le plan de services individualisé doit refléter la condition bio-psycho-sociale de la personne, prévoir sa participation ou celle d'un proche dans la définition des mesures envisagées et dans la désignation d'un responsable de coordination. Le plan accompagne la personne lorsqu'elle doit se déplacer d'un service ou d'un établissement à un autre et prévoit l'évaluation des résultats.

Le Ministère rend obligatoire le plan de services individualisé, de façon progressive, dans le cas de certains groupes de personnes dont la condition exige l'action de plusieurs intervenants. Il s'adresse en priorité à trois catégories de personnes: celles qui reçoivent des services de santé mentale pendant de longues périodes et pour lesquelles on envisage un retour dans la communauté; celles qui souffrent de troubles mentaux chroniques associés à un handicap, une déficience intellectuelle ou un comportement antisocial; enfin, celles qui, sans nécessairement avoir connu de longues périodes en établissement, fréquentent de façon régulière les services externes des établissements publics et d'autres ressources de la communauté. Le plan de services individualisé vise à recentrer les services sur la personne et est assorti de deux considérations:

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

La coordination des services inhérente à la mise en place et au bon fonctionnement du plan de services individualisé n'exige pas l'instauration d'un modèle unique. Il ne doit pas non plus se traduire par une demande inconsidérée de services. C'est la personne elle-même ou un intervenant actif auprès d'elle désigné comme «personne-pivot» qui assure cette coordination. La responsabilité d'amorcer la démarche d'élaboration du plan, de le réviser et de l'évaluer revient à la principale ressource qui dispense des services à la personne.

Ainsi, les conseils régionaux de la santé et des services sociaux sont mandatés pour faire en sorte que, dans leur région respective, le plan de services individualisé soit implanté et accessible aux personnes en réinsertion sociale et à celles qui souffrent de troubles mentaux chroniques associés à d'autres problèmes. Pour celles qui vivent déjà dans la communauté, le plan de services individualisé fera l'objet de projets pilotes.

1.2 Les mécanismes de promotion, de respect et de protection des droits

La promotion, le respect et la protection des droits amènent à considérer d'abord les chartes, fédérale et provinciale, des droits et libertés de la personne ainsi que les lois générales, dont la Loi sur les services de santé et les services sociaux. La législation fait état de droits fondamentaux, par exemple le droit à la liberté, à l'intégrité, à la vie privée. Un second aspect doit être pris en compte: le droit de toute personne d'obtenir des services conti-

nus, personnalisés et adéquats sur les plans humain, social et scientifique, compte tenu des ressources disponibles.

Le Ministère vise donc à ce que soit opérationnel un système complet de promotion, de respect et de protection de ces droits qui s'appuie sur: la création et la consolidation de ressources; une fonction d'accompagnement, au niveau régional; la réaffirmation des responsabilités du réseau de services en cette matière; la disponibilité d'un recours formel et indépendant du réseau de services.

Le premier palier d'intervention est constitué, d'une part, des groupes de défense et de promotion des droits généralement formés de personnes ou de proches vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale et, d'autre part, des comités de bénéficiaires de chaque établissement psychiatrique. Dans les deux cas, il importe de les reconnaître et de les soutenir.

Ainsi, le ministère de la Santé et des Services sociaux confie aux conseils régionaux le programme et le financement des groupes de promotion et de défense des droits d'envergure régionale et locale. Il conserve la responsabilité du financement des groupes dont les activités couvrent l'ensemble du territoire québécois. Jusqu'à ce que son mandat à cet égard soit précisé, l'Office des personnes handicapées du Québec (O.P.H.Q.) continue d'y jouer un rôle en collaboration avec le Ministère.

Le Ministère désire également consolider le rôle des comités de bénéficiaires et favoriser leur représentativité. Ainsi, chacun disposera désormais d'un budget équivalent à un dixième de un pour cent du budget total de l'établissement. Ce budget ne pourra être inférieur à 20 000 $ ou supérieur à 75 000 $. Chaque année, les modalités de gestion de ce budget sont déterminées à partir d'une proposition conjointe du Comité des bénéficiaires et de la direction de l'établissement au Conseil d'administration.

Par ailleurs, le conseil régional est dorénavant responsable de voir à ce qu'un comité de bénéficiaires soit effectivement formé dans chaque établissement psychiatrique conformément au Règlement de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, que sa composition soit représentative de l'ensemble des bénéficiaires de services de l'établissement et qu'il reçoive de ce dernier le support et l'appui nécessaires pour assumer son rôle.

Au palier régional, l'action en matière de respect des droits prend deux formes. La première est dictée par la vulnérabilité de certaines personnes: c'est l'accompagnement. La seconde consiste en la réaffirmation de la responsabilité du système de santé et de services sociaux quant au traitement et au règlement des plaintes des usagers qui s'estiment lésés.

Ainsi, l'aide et l'accompagnement doivent faciliter l'accès aux autorités concernées. Cette fonction implique la disponibilité de ressources à proximité des lieux où se vivent les problèmes et l'accessibilité à une expertise. Le Ministère confie donc au conseil régional, en collaboration avec les comités de bénéficiaires et les groupes communautaires actifs dans ce domaine, la responsabilité de l'implantation d'un service d'aide et d'accompagnement. Cette fonction doit être exercée par un organisme communautaire à qui le conseil régional doit assurer un financement adéquat. Tout ce processus devra respecter les règles de confidentialité auxquelles est soumis le réseau public.

Un réseau de services doit être en mesure de traiter adéquatement les plaintes de ses usagers. Le Ministère insiste sur cette fonction déjà confiée au conseil régional en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Il tient surtout à rappeler la responsabilité en cette matière de toutes les composantes du réseau de services.

Enfin, il est aujourd'hui nécessaire d'avoir accès à un mécanisme de recours ultime, indépendant du réseau de services et doté de pouvoirs d'enquête et d'intervention, quant à l'application des lois et à la prestation de services. Dans cette optique, le Ministère demandera l'élargissement du mandat du Protecteur du citoyen pour y inclure désormais le règlement de dossiers de personnes éprouvant des troubles mentaux. Le dépôt à l'Assemblée nationale du rapport du Protecteur du citoyen pour le secteur de la santé mentale devra faire l'objet d'une présentation par région. L'instauration de ce recours n'affecte en rien les responsabilités de tous les mécanismes actuels et notamment la responsabilité des corporations professionnelles et celle du conseil d'administration du conseil régional.

Les modifications qui seront apportées aux lois de la Curatelle publique et de la Protection du malade mental permettront, lorsqu'elles seront en vigueur à la suite de la révision du Code civil, d'être mieux adaptées aux problèmes des personnes. Il convient néanmoins de rappeler qu'il s'agit dans ces cas de mécanismes d'exception dont l'utilisation exige beaucoup de prudence.

Bref, c'est grâce à l'action combinée du service d'accompagnement, des groupes communautaires, des comités de bénéficiaires, du Protecteur du citoyen, et avec l'appui de toutes les instances du réseau de la santé et des services sociaux que l'on peut envisager une action d'ensemble en matière de promotion, de respect et de protection des droits.

1.3 Une stratégie d'information

En matière d'information, le Ministère poursuit trois buts:

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

Trois moyens sont retenus. D'abord, le Ministère planifiera, en association étroite avec des instances et des compétences régionales et locales, une campagne d'information et de sensibilisation sur la situation des personnes qui souffrent de troubles mentaux. De plus, il compte examiner avec les milieux concernés, dont la Fédération professionnelle des journalistes du Québec, la question de la stigmatisation et des préjugés entretenus dans les médias et explorer les moyens d'optimiser l'impact des efforts consentis en matière d'information et de sensibilisation.

Sur un autre plan, le Ministère estime que l'information doit désormais faire partie de la gamme essentielle de services, présente dans chaque région. Il s'agit ici d'utiliser les ressources et les compétences locales pour mieux renseigner sur les problèmes de santé mentale, les droits des personnes souffrant de troubles mentaux et les ressources disponibles.

Pour accroître la qualité des services

La qualité des services relève d'abord de ceux et celles qui les dispensent. Aussi, pour les appuyer, des efforts supplémentaires doivent être consentis à la formation, à la recherche et à l'évaluation.

2.1 La formation

Les ressources humaines, particulièrement en santé mentale, constituent un élément central. La formation doit être réorientée et encadrée dans un plan d'ensemble. Quatre buts sont visés: l'intégration des connaissances qui favorise la pluridisciplinarité des pratiques; le débordement des lieux traditionnels de pratique vers les milieux de vie; la mise à contribution de tous les partenaires; l'ouverture sur de nouvelles problématiques.

2.1.1 La formation continue

Le Ministère reconnaît la nécessité d'accroître l'investissement en formation continue de façon à permettre l'adaptation des connaissances et des habiletés aux besoins actuels. De plus, les programmes de formation continue doivent s'inscrire dans les orientations de la politique de santé mentale et être considérés comme des préalables à l'implantation des moyens proposés. En troisième lieu, ces programmes doivent être disponibles le plus près possible des lieux où l'on dispense les services et où se vivent les problèmes. Enfin, ils doivent favoriser la participation des intervenants les plus directement concernés par les changements introduits par cette politique.

Le Ministère retient comme thèmes prioritaires: l'élaboration et l'utilisation du plan de services individualisé; l'exercice du rôle de «personne-pivot»; la question des droits; les formes et les modalités d'intervention auprès des familles, des proches et des communautés.

Trois avenues sont envisagées en formation continue. D'une part, le Ministère invite les associations patronales et syndicales ainsi que les comités paritaires prévus aux conventions collectives à accorder une attention spéciale aux priorités retenues et à allouer à la formation en santé mentale une proportion des budgets qui corresponde aux besoins.

D'autre part, il s'engage à augmenter de façon substantielle au cours des cinq prochaines années les budgets consentis à la formation en santé mentale, dans le cadre des activités qui visent à faciliter l'implantation des politiques et orientations ministérielles. Ces budgets doivent être accessibles à tous les intervenants: membres du personnel d'un établissement ou d'un organisme communautaire, personnes telles que les parents et les amis qui sont engagées dans une relation d'aide en milieu familial.

De plus, pour donner une dimension régionale à la formation, le Ministère réserve des fonds nouveaux destinés au financement de projets locaux ou régionaux, conformément aux priorités de chaque région. La gestion et le développement de ces budgets sont confiés aux conseils régionaux.

Compte tenu du rôle important que les omnipraticiens jouent en santé mentale, le Ministère estime que, en fonction de besoins prédéterminés, des programmes de formation spécifiques en santé mentale doivent être organisés régionalement pour des médecins omnipraticiens qui dispensent des soins psychiatriques généraux. Pour cette tâche, le Ministère s'associera aux instances professionnelles concernées.

2.1.2 La formation de base

La formation de base en santé mentale doit faire l'objet d'ajustements similaires à ceux qui sont prévus en formation continue, particulièrement pour ce qui a trait à la pluridisciplinarité et à l'intervention dans le milieu de vie.

Ainsi, le ministère de la Santé et des Services sociaux demandera au ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science et aux différents milieux d'enseignement de réviser les programmes de formation de base dont, en priorité, les programmes de sciences infirmières et de médecine familiale.

En bref, la formation doit privilégier l'approche bio-psycho-sociale de la personne, l'ouverture sur de nouvelles pratiques, la pluridisciplinarité et, enfin, l'évaluation des modes d'intervention.

2.2 La recherche

La recherche en santé mentale doit davantage être orientée vers la pratique et viser l'intégration des aspects biologique, psychologique et social. Le Ministère retient comme prioritaires les thèmes de recherche suivants:

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

Il est important de trouver les bases de financement nécessaires à la recherche en santé mentale. Le Ministère adopte comme point de référence la proportion des dépenses des services de santé mentale par rapport à l'ensemble des dépenses de santé. Ainsi, d'ici cinq ans, au moins 15 pour 100 du budget de recherche en santé doit être alloué à la recherche en santé mentale et, notamment, à la formation de chercheurs.

Il faut également viser un mode de gestion et de fonctionnement qui favorise la concertation et l'intégration des connaissances. Ici, le ministère de la Santé et des Services sociaux mise sur l'association étroite des organismes subventionnaires, principalement le Fonds de la recherche en santé du Québec (F.R.S.Q.) et le Conseil québécois de la recherche sociale (C.Q.R.S.). En collaboration avec le Ministère, le F.R.S.Q. et le C.Q.R.S. sont appelés à élaborer et à gérer conjointement un programme de recherche en santé mentale.

2.3 L'évaluation

Des pratiques d'évaluation systématique et rigoureuse doivent être développées à tous les échelons. Ainsi, l'évaluation doit faire partie du processus normal de gestion des services au même titre que la conception et la planification. En ce sens, le Ministère encourage fortement les établissements et les organismes à inscrire dans leurs activités l'évaluation des services et des programmes sous leur responsabilité ainsi qu'à participer à l'évaluation des programmes régionaux et provinciaux. Il est également essentiel qu'un mandat accordé à un établissement ou à un organisme soit accompagné du mécanisme d'évaluation des résultats et de l'engagement de s'y soumettre comme condition préalable à l'octroi du budget.

Compte tenu des mandats dorénavant dévolus aux paliers local et régional, ainsi que des responsabilités ministérielles à l'égard de cette politique, il est possible de distinguer plus clairement le rôle de chacun dans l'évaluation. Ainsi, c'est aux niveaux local et régional de faire en sorte que soient mis sur pied les mécanismes nécessaires pour évaluer les réponses aux besoins, l'accessibilité aux services ainsi que le fonctionnement des différents programmes. Le ministère de la Santé et des Services sociaux conserve une responsabilité centrale d'évaluation quant à l'efficacité et à l'efficience des mesures contenues dans cette politique et quant à la répartition entre les régions des ressources et des différents processus de réallocations de ces ressources. C'est également en vertu de sa responsabilité dans cette politique que tout développement en santé mentale doit être assorti des sommes nécessaires à l'évaluation de ses résultats.

Le cumul de l'ensemble de ces opérations d'évaluation, aux niveaux local, régional et à celui du Québec, doit alimenter par la suite une partie de la révision des moyens établis par cette politique et son ajustement en cours de route.

Pour atteindre l'équité

En santé mentale, avoir accès rapidement à un service approprié revêt une importance capitale. En outre, l'accès à des ressources diversifiées, intégrées à la communauté et qui misent sur le potentiel de la personne dans

son milieu constitue une des conditions essentielles à l'intégration sociale. Malgré les facteurs géographiques ou circonstanciels qui entraînent nécessairement des différences dans la disponibilité des services ou dans la façon de les dispenser, il faut assurer à tous l'accès à une diversité de services qui soient le plus près possible de leur milieu de vie.

Définir l'accessibilité dans une perspective d'équité suppose deux éléments fondamentaux: déterminer les services considérés comme essentiels dans chaque région; définir les paramètres pour l'allocation des ressources nécessaires à l'organisation de ces services.

3.1 L'accessibilité aux services

Le ministère de la Santé et des Services sociaux veut s'assurer que, dans chacune des régions du Québec, une gamme essentielle de services de santé mentale soit disponible. Par le biais d'ententes spécifiques, il veut de plus faire en sorte que les services de santé mentale et l'expertise dont ils disposent soient plus accessibles à d'autres réseaux de services où l'on retrouve des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

3.1.1 La gamme essentielle de services de santé mentale

La gamme essentielle de services de santé mentale, présente dans chaque région, comprend les éléments suivants:

A- L'INFORMATION,
B- LA PROMOTION ET LA PRÉVENTION,
C- LES SERVICES DE BASE,
D- LE TRAITEMENT SPÉCIALISÉ,
E- LE SUPPORT AUX FAMILLES,
F- LA RÉADAPTATION ET LA RÉINTÉGRATION SOCIALE.

A- L'INFORMATION

Une campagne d'information à l'échelle du Québec s'avère un moyen de sensibiliser la population et concourt ainsi à améliorer la portée des mesures de prévention et d'intégration sociale. Une campagne ne peut toutefois répondre à toutes les attentes. Des programmes régionaux d'information doivent permettre de mieux inscrire les interventions au sein de la communauté et de mettre à profit des compétences particulières.

Les programmes régionaux d'information visent à renseigner sur les problèmes de santé mentale, les droits des personnes qui souffrent de troubles mentaux ainsi que sur les services et les ressources en place.

D'abord, il importe d'améliorer la compréhension des problèmes de santé mentale dans la population et ainsi de favoriser:

- le dépistage des problèmes et le recours au service approprié, au moment opportun;
- l'amélioration des capacités d'intervention des personnes, de leur famille et des proches;
- la collaboration de la communauté et son support aux personnes qui la réintègrent.

Ensuite, il faut offrir aux personnes qui éprouvent des problèmes mentaux, à leur famille et aux intervenants des informations sur:

- les droits existants et leurs implications pour les personnes et leur famille;
- les lois en vigueur concernant le droit aux services de santé et services sociaux et l'accessibilité aux services des autres secteurs tels que le logement, l'emploi, la sécurité du revenu, le loisir, l'éducation et le transport;
- les mécanismes de protection et d'accompagnement pour les personnes souffrant de troubles mentaux et pour leur entourage.

Enfin, l'information en santé mentale doit favoriser l'accessibilité aux services et être intégrée aux différentes composantes du réseau de services. Plus spécifiquement, elle doit:

- porter sur la nature des services et les modalités d'accès;
- être accessible à tous les intervenants qui doivent répondre aux demandes venant de personnes éprouvant des problèmes ou de leurs proches (les cabinets privés, les services policiers, les urgences des centres hospitaliers, les groupes d'entraide, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux);
- viser d'autres secteurs dont l'accès s'avère essentiel pour les personnes en réintégration sociale.

B- LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET LA PRÉVENTION

Des objectifs de promotion et de prévention doivent être déterminés dans chacune des régions, selon les besoins et les particularités.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux estime que l'on doit, d'une part, mettre résolument l'accent sur la santé mentale des enfants et des adolescents; d'autre part, il croit nécessaire d'accorder une attention toute particulière à certains groupes à risque.

Le milieu scolaire représente le lieu le plus propice pour des actions d'éducation qui permettent l'acquisition de compétences pour le déve-

loppement de la santé mentale. C'est également un milieu de vie où une stratégie globale d'intervention peut et doit être privilégiée.

De plus, il faut rappeler l'importance, pour les communautés, d'adopter des stratégies qui donnent le plus de place possible aux jeunes, soit favoriser les loisirs et rendre accessibles des activités sportives et culturelles, et ce, en collaboration avec les parents et des adultes bénévoles. Bien que relevant de politiques sociales plus vastes, ces actions se révèlent importantes dans une optique préventive.

Le Ministère tient également à souligner l'attention qui doit être apportée à certains groupes de personnes reconnues comme plus vulnérables en raison de leurs conditions de vie. Ce sont plus précisément:

- des enfants qui présentent des troubles d'apprentissage, ceux qui vivent dans un climat familial où les tensions sont constantes, ceux qui vivent séparés de leurs parents dans des conditions difficiles et les victimes d'abus;
- des personnes qui souffrent d'isolement social chronique, particulièrement les personnes âgées;
- des familles dont un membre, atteint d'une maladie grave et permanente, demande une attention constante ou celles qui perdent un de leurs membres dans des circonstances perçues comme dramatiques;
- des personnes qui ne peuvent exercer leur potentiel à cause de la précarité de leur statut social, économique, éducationnel et culturel.

C- LES SERVICES DE BASE

De façon générale, les services de base en santé mentale visent à assurer en tout temps un accueil, une évaluation, une réponse immédiate et une orientation adéquate lorsque requis. Ils représentent des moyens concrets de confirmer le droit des personnes à des services appropriés, continus et de qualité.

De façon spécifique, les services de base en santé mentale doivent fournir:

- un accueil qui témoigne de leur sensibilité aux conditions particulières des personnes et de leur ouverture sur la communauté;
- une évaluation qui tient compte des aspects biologique, psychologique et social de la personne;
- un traitement approprié dans un court délai;
- le dépistage de cas de violence, de négligence ou d'autres situations qui risquent de compromettre la sécurité et le bien-être;
- un suivi ou une orientation vers un traitement ou une aide plus spécialisée, entre autres dans les cas d'alcoolisme, de toxicomanie, de tentative de suicide, de violence;

• une réponse adéquate dans toute situation d'urgence.

Les services d'intervention en situation de crise, pour être efficaces, doivent être coordonnés avec l'ensemble des services de la région. L'organisation de ces services peut varier d'une région à l'autre selon les besoins, les ressources disponibles et leur distribution. On doit donc pouvoir compter sur une expertise psychosociale suffisante et l'accès à des services de traitement.

D- LE TRAITEMENT SPÉCIALISÉ

Le traitement spécialisé est rendu nécessaire par la persistance, la complexité et le degré de sévérité d'un problème de santé mentale. Il vise à maintenir ou à restaurer les capacités d'une personne afin qu'elle puisse les utiliser de façon optimale, quel que soit son milieu de vie. Plusieurs types d'intervention sont possibles: psychopharmacologies, psychothérapies, intervention sociale, hébergement et support social approprié. Il faut ici souligner l'importance d'informer les personnes et éventuellement leurs proches sur le type de traitement envisagé à leur égard et notamment sur les effets des médications.

Généralement accessible sur référence, le traitement spécialisé comporte trois aspects: la réponse à une urgence psychiatrique, le traitement de courte durée et le traitement de long terme.

Les services qui répondent aux **situations d'urgence** doivent:

• accueillir les personnes;

• évaluer globalement la nature des besoins;

• fournir un traitement de court terme.

Le cas échéant, ils sont également tenus:

• d'orienter les personnes vers les services en mesure de poursuivre une intervention de long terme dans leur région ou à l'extérieur, si nécessaire;

• d'assurer le suivi, c'est-à-dire transmettre l'information pertinente à qui de droit et fixer les modalités de transfert ou de suivi;

• d'offrir un service d'intervention à domicile ou sur les lieux d'une crise, permettant ainsi de désamorcer une situation et d'intervenir auprès de la famille;

• d'assurer un hébergement de court terme.

Certaines personnes requièrent une aide qui, bien que spécialisée, doit être ponctuelle. Elle doit être accessible à proximité et hypothéquer le moins possible le cadre de vie habituel.

Pour le **traitement de courte durée**, les moyens doivent refléter une approche globale et permettre l'accès à diverses thérapies, à des ressources diversifiées les plus près possible du milieu de vie et à une hospitalisation de court terme, si nécessaire.

Certaines personnes qui souffrent de troubles mentaux sévères, parfois transitoires mais le plus souvent persistants, de détresse psychologique ou d'incapacités interpersonnelles, requièrent des **traitements de longue durée**. Ces traitements comportent:

- une évaluation initiale approfondie;
- des évaluations répétées, à intervalles réguliers, pendant toute la durée de la maladie;
- des contacts réguliers avec un ou des intervenants aptes à assumer un suivi.

La nature des problèmes vécus peut requérir des services en établissement. Une attention particulière doit alors être accordée à la qualité de vie. Ces services doivent être accessibles pour répondre aux situations suivantes:

- la protection de l'individu ou de la communauté;
- le traitement intensif, qui permet de repenser et de réorienter les efforts.

E- LE SUPPORT AUX FAMILLES

La famille demeure le principal milieu de vie pour plusieurs personnes qui éprouvent un problème de santé mentale. Il faut donc qu'elle soit bien informée, qu'on lui fournisse un support psychosocial approprié et qu'on lui permette d'avoir accès à des moments de répit.

Dans le cas où la famille accueille un de ses membres en réinsertion sociale, elle doit pouvoir compter sur des interventions psychosociales, c'est-à-dire une expertise permettant de prévenir une éventuelle détérioration de la dynamique familiale. De plus, l'intervention doit miser sur les capacités et les compétences familiales.

Aussi, le ministère de la Santé et des Services sociaux entend-il s'assurer de l'implantation, en priorité, d'un programme de répit aux familles. Il permettra de donner aux familles en cause la possibilité de se ressourcer et compensera quelque peu pour les difficultés occasionnées par la présence continue d'une personne souffrant de troubles mentaux sévères et persistants. Toutefois, ce programme ne doit constituer, d'aucune façon, une entrave au développement de programmes spécialisés nécessaires, ni compenser pour leur absence ou en limiter l'accès.

D'une part, le programme marque la reconnaissance du potentiel des familles et des proches en les soutenant pour qu'ils puissent s'acquitter de leurs responsabilités envers leurs membres. D'autre part, il vise à prévenir la désorganisation du milieu social primaire, souvent causée par l'épuisement physique et émotif.

Le programme de répit peut prendre diverses formes selon les besoins et les ressources disponibles. Il peut, par exemple, inclure le dépannage pour faire face à des circonstances imprévisibles: hébergement de courte durée, présence à domicile d'un intervenant, etc.

Le Ministère énonce trois critères d'implantation et de fonctionnement. Le programme de répit doit:

- être élaboré régionalement, en collaboration étroite avec les regroupements de familles et de proches concernés;
- être utilisé pour prévenir l'épuisement de la famille;
- être accessible sur une base régulière ou sporadique.

Il va de soi que les familles et les proches seront informés de l'existence du programme et sensibilisés aux conditions d'utilisation.

F- LA RÉADAPTATION ET LA RÉINTÉGRATION SOCIALE

La réadaptation et la réintégration sociale sont complémentaires et se déroulent de façon concomitante; si la réadaptation vise à développer ou à restaurer les compétences personnelles et sociales de façon à accroître le niveau d'autonomie d'une personne, la réintégration sociale en constitue le prolongement. Ces activités doivent donc inclure le support et l'accompagnement nécessaires. Leur champ d'action couvre les habiletés de la vie quotidienne eu égard au logement, aux activités sociales et communautaires, au travail et aux études.

Rappelons ici l'importance du plan de services individualisé comme moyen pour assurer la coordination et la continuité de l'intervention ainsi que l'accessibilité à des services dans la communauté.

Il faut également exploiter d'autres voies: la mise en place de logements adaptés ou encore l'amélioration des conditions d'hébergement dans le réseau; l'égalité d'accès à différentes activités, notamment de loisir, en fonction des besoins des personnes; la recherche d'emplois compatibles avec les capacités et les compétences d'une personne; une formation qui puisse mener à un emploi du temps jugé intéressant et des allocations financières suffisantes. Ici, la collaboration avec les autres secteurs de la vie collective représente une stratégie prometteuse.

3.1.2 Une complémentarité de services

D'autres services peuvent s'ajouter à la gamme essentielle, dans chaque région; ils sont déterminés soit par la présence de problèmes particuliers, soit par la nécessité d'une intervention qui engage différents réseaux de services.

Trois avenues sont ici possibles: la contribution des services de santé mentale selon leur expertise propre; la collaboration entre les réseaux de services; le recours à des ententes interrégionales.

A- LA RÉPONSE À DES PROBLÉMATIQUES PARTICULIÈRES

Les services de santé mentale partagent un certain territoire commun avec des services qui ont vu le jour pour répondre aux problèmes de suicide, de violence et d'itinérance. Dans tous ces cas, les ressources spécialisées concernant ces problématiques particulières doivent être associées à la mise en place de services de santé mentale dans une région.

Ainsi, **la prévention du suicide** implique l'accessibilité à des services spécifiques en mesure de permettre:

- l'information et la formation des intervenants pour le dépistage des problématiques suicidaires;
- l'élaboration, l'expérimentation et l'évaluation de divers modes d'intervention;
- la réponse aux situations d'urgence dans les cas de crise suicidaire;
- le suivi approprié.

Ces services doivent également prévoir le support aux personnes dont un proche s'est suicidé.

Il importe enfin que les ressources responsables de l'intervention en situation de crise puissent être en mesure de désamorcer la crise suicidaire ou de diriger la personne vers une ressource spécialisée, si elle est disponible immédiatement et à proximité.

La question de **la violence** se pose selon deux points de vue, celui des victimes et celui des agresseurs. Ainsi, les services de santé mentale qui répondent aux victimes de violence doivent pouvoir:

- favoriser l'élaboration d'approches thérapeutiques appropriées;
- promouvoir la formation et l'information des intervenants à l'égard de cette problématique;
- offrir des services appropriés, rapidement accessibles et qui évitent les évaluations répétitives.

En outre, les agresseurs doivent pouvoir compter, lorsqu'ils en viennent à demander de l'aide ou qu'ils sont l'objet de mesures obligatoires, sur une réponse adéquate et immédiate, afin de les amener à développer des comportements qui excluent la violence. Dans ce domaine, le Ministère entend poursuivre les projets expérimentaux actuellement en cours.

Par ailleurs, il est difficile de rejoindre parmi les itinérants les personnes qui souffrent de troubles mentaux. Celles-ci constitueraient environ le tiers des 20 000 sans-abri que compte le Québec. Il est nécessaire de rendre accessibles des consultations et une expertise en santé mentale, non pas nécessairement aux personnes elles-mêmes, mais à des intervenants qui oeuvrent auprès d'elles.

B- LA COLLABORATION INTERRÉSEAUX

Certaines personnes, en raison de leur âge, de leur condition, des problèmes qu'elles rencontrent, reçoivent des services d'autres secteurs en plus de services de santé mentale. Ce sont principalement des jeunes, des personnes âgées, des alcooliques et toxicomanes, des déficients intellectuels et des personnes prises en charge par le réseau de la justice. Dans tous ces cas, il importe que les services de santé mentale rendent leur expertise disponible.

Pour les jeunes et les personnes âgées, il faut reconnaître que cette expertise reste à développer. Les tables régionales de concertation-jeunesse, qui regroupent le plus largement possible des instances communautaires, représentent une formule intéressante pour tracer les lignes directrices de l'aide aux jeunes en difficulté. Quant aux personnes âgées, il faut souligner l'importance d'élaborer des approches spécifiques et de les rendre accessibles aux différents réseaux de services concernés.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a déjà fait connaître ses orientations en matière d'alcoolisme et de toxicomanie. Rappelons-en les grandes lignes: détermination des niveaux de responsabilités dans la distribution des services, concertation et complémentarité, accessibilité à des services de qualité, évaluation, priorité au développement de services externes, interventions centrées sur la personne et ses milieux significatifs.

Le Ministère a également fait connaître ses orientations dans un guide d'action à l'intention des personnes présentant une déficience intellectuelle. Plusieurs des moyens qui y sont proposés s'apparentent à ceux retenus dans cette politique. On rappelle l'importance de favoriser l'accès aux services généraux destinés à l'ensemble de la population pour toutes les personnes qui présentent une déficience intellectuelle, en plus de rendre disponible une gamme de services spécifiques à ces personnes et à leur famille.

L'expertise des services de santé mentale est également nécessaire en **mésadaptation sociale.** Voilà sans doute un bon exemple de secteur où la coordination régionale peut favoriser l'accessibilité.

Finalement, des ententes entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Sécurité publique doivent préciser les conditions d'accessibilité aux services de santé mentale pour les **contrevenants judiciarisés.**

C- LES ENTENTES INTERRÉGIONALES

Les ententes interrégionales peuvent être avantageusement exploitées dans le cas où un service ne peut être accessible dans la région même. Actuellement, la **pédopsychiatrie** et la **psychogériatrie** doivent faire l'objet de ce genre d'ententes à cause d'un manque de ressources. En outre, certains problèmes particuliers, comme l'autisme ou l'anorexie, en raison de leur complexité ou de leur faible prévalence, commandent la concentration des ressources dans quelques régions; néanmoins, de tels services doivent être accessibles à l'ensemble de la population québécoise, quel que soit son lieu de résidence.

3.2 L'allocation des ressources

La disponibilité, dans chacune des régions, d'une gamme essentielle de services suppose, d'une part, que le financement soit équitable entre les régions et, d'autre part, que les ressources humaines nécessaires soient adéquatement réparties. En santé mentale, les caractéristiques de la population à desservir, ses besoins spécifiques et l'intensité des problèmes doivent être introduits comme critères d'allocation des ressources.

3.2.1 La répartition des ressources financières

Le ministère de la Santé et des Services sociaux estime qu'il y a lieu de revoir, dans une optique d'équité, les modes de financement actuels ainsi que la dynamique qui doit animer l'allocation des ressources à l'échelon central et la réallocation sur une base régionale. Le financement des services de santé mentale doit être tributaire d'une répartition équitable des sommes affectées au développement entre les régions, d'une forme de péréquation touchant progressivement l'ensemble des budgets et d'une opération de réallocation des ressources sur une base régionale. Ces trois dimensions doivent être considérées dans le financement des services de santé mentale.

La première a trait à la répartition entre les régions des sommes qui sont annuellement dégagées pour le développement en santé mentale. Ce développement est réparti selon un per capita corrigé qui comporte quatre facteurs: les ressources actuellement disponibles dans une région, leur pondération par rapport aux coûts de production de services dans cette région, la population de la région ainsi que sa pondération en fonction de ses caractéristiques et de ses besoins.

De façon à atteindre l'équité le plus tôt possible, le Ministère introduit, comme seconde dimension, un mode de péréquation établi selon la même formule mais applicable cette fois, de façon progressive et selon un rythme qui respecte la situation de chacune des régions, aux augmentations annuelles statutaires consenties au réseau de la santé et des services sociaux.

La troisième dimension touche la réallocation des ressources à l'intérieur des régions et s'inscrit en continuité de la démarche régionale de planification des services. La région sait ce dont elle dispose pour la fourniture de services en santé mentale. Elle connaît également les sommes qu'elle peut consacrer au développement selon ses propres priorités et celles du Ministère. Il lui reste à répartir l'ensemble des sommes entre les différents mandataires, à la faveur d'une démarche qui exige la participation des partenaires.

3.2.2 La répartition des ressources humaines

En santé mentale, la répartition équitable des ressources humaines suppose principalement une augmentation des ressources psychosociales professionnelles et une répartition adéquate des effectifs psychiatriques.

D'une part, les modifications apportées au financement des services, associées à la mise en place d'une gamme de services plus diversifiée dans chaque région, doivent conduire à un accroissement des ressources psychosociales. Une partie significative des budgets de développement doit donc être consacrée à l'accroissement des ressources psychosociales, principalement dans les services de base offerts par les établissements et les organismes communautaires. D'autre part, le Ministère entend s'assurer du respect des plans d'effectifs médicaux, tout en veillant à ce que les différents incitatifs soient mieux adaptés aux objectifs connus de croissance et de décroissance du nombre de psychiatres déterminés pour chaque région.

Le Ministère reconnaît qu'il est important de donner plus de latitude aux régions quant aux décisions relatives à la nature et à la diversité des services. C'est dans cette perspective que s'inscrit la démarche régionale de

planification; l'exercice doit faire ressortir, entre autres choses, les besoins en ressources humaines.

L'examen des solutions possibles pourrait amener des réaménagements dans le financement des différentes catégories de professionnels. Une étude devra être menée en collaboration avec les fédérations médicales afin de déterminer la pertinence et la faisabilité de constituer des enveloppes régionales à partir des sommes prévues pour la rémunération des professionnels provenant tant des programmes d'assurance hospitalisation que d'assurance maladie. Cette enveloppe pourrait permettre, d'une part, la rémunération des médecins actifs dans les services de santé mentale et, d'autre part, le paiement des services offerts par d'autres types de professionnels que des médecins.

Pour des solutions dans le milieu de vie des personnes

L'implantation d'une gamme essentielle de services et la mise à contribution de tous les partenaires constituent deux éléments qui soulignent l'importance accordée dans cette politique à la recherche de solutions dans le milieu de vie. Dans cette perspective, le Ministère veut également préciser, d'une part, le soutien qui doit être accordé aux organismes communautaires et, d'autre part, le cadre à l'intérieur duquel doit s'effectuer la réintégration sociale.

4.1 Les organismes communautaires

Il importe de reconnaître que la contribution des services publics représente, dans la réponse aux besoins des personnes, un complément à celle des personnes elles-mêmes, de leur famille, de leurs proches et de la communauté. L'apport des organismes issus de la communauté est particulièrement manifeste en santé mentale. Pour favoriser le maintien dans le milieu de vie et la réintégration sociale, il devient essentiel d'appuyer ces groupes et d'accueillir les solutions qu'ils proposent. Le Ministère veut ainsi reconnaître le potentiel des organismes communautaires, préciser le soutien qui doit leur être accordé pour remplir les rôles qu'ils se sont donnés, et confirmer leur participation, dans chaque région, à la conception et la mise en oeuvre des services.

Le Ministère reconnaît comme organismes communautaires l'ensemble des groupes issus de la communauté qui poursuivent soit des activités bénévoles, soit des activités qui, même si elles sont rémunérées, sont sans but lucratif, dans le domaine de la santé et des services sociaux. Pour fins de reconnaissance, le Ministère fixe quatre conditions:

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

- il est autonome dans ses orientations et ses pratiques et son conseil d'administration est composé majoritairement d'usagers de ses services et de personnes de son milieu;
- le support de la communauté, financier ou autre, contribue en partie à son fonctionnement.

On distingue généralement deux types d'organismes communautaires, bien qu'il soit difficile d'établir une frontière précise. Les groupes communautaires de services offrent directement aux personnes en besoin des services diversifiés. Les groupes d'entraide, pour leur part, regroupent des personnes qui désirent trouver elles-mêmes une réponse à leur situation. Tous ces organismes contribuent à accroître l'accessibilité à des services de prévention, de réadaptation et de réintégration sociale.

Le financement des organismes communautaires est désormais régionalisé et rendu accessible pour trois ans, selon des paramètres prédéterminés, à l'intérieur de l'enveloppe globale de la région. Ce financement sera fonction des ententes intervenues au niveau régional quant aux services à offrir et des dépenses prévisibles pour la fourniture de services de santé mentale par ces organismes. La reconnaissance des groupes communautaires doit aussi marquer la planification et l'organisation régionales des services; leur représentation doit être assurée, notamment en leur donnant les possibilités, matérielles et administratives, de participer aux décisions. À cet effet, les organismes communautaires seront invités à participer étroitement à l'organisation régionale des services.

4.2 La désinstitutionnalisation

Une gamme de services accessible et une organisation décentralisée doivent favoriser la recherche de solutions dans le milieu de vie. Elles permettent de supporter la démarche de réintégration sociale. D'autres mesures sont nécessaires parce que des personnes ont vécu et vivent encore dans des lieux qui ne sont pas adaptés à leur condition et à leurs besoins. C'est le cas de certaines d'entre elles qui vivent depuis longtemps en établissement. On retrouve ainsi des personnes qui ont besoin de services sur une longue période ou en permanence, des personnes qui présentent une déficience intellectuelle et qui vivent en établissement psychiatrique et, enfin, des personnes âgées dans la même situation.

Pour elles, le ministère de la Santé et des Services sociaux estime que le mouvement de désinstitutionnalisation doit continuer mais être mieux encadré. Il faut également faire en sorte que les établissements psychiatriques puissent s'adapter à ce mouvement et modifier leur structure et leur taille en conséquence.

4.2.1 Des plans de désinstitutionnalisation

La réintégration sociale de personnes qui vivent en établissement psychiatrique est une démarche d'une grande complexité. Pour l'établissement, elle signifie la prise en considération d'une multitude de variables, dont une modification profonde de sa vocation actuelle et de son mode d'organisation. Elle exige l'adoption d'une stratégie d'ensemble qui doit être intégrée dans l'organisation régionale de services.

Ainsi, le Ministère insiste pour que les établissements élaborent des plans de désinstitutionnalisation qui prévoient:

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

Une attention particulière doit être accordée aux personnes ayant une déficience intellectuelle sans troubles mentaux et qui vivent encore en établissement psychiatrique; elles doivent être orientées vers des services appropriés, en mesure de les aider à réintégrer progressivement la société.

En conformité avec les orientations ministérielles portant sur l'intégration des personnes présentant une déficience intellectuelle, qui viennent d'être publiées, et selon les plans d'organisation de services qui en découlent, les conseils régionaux de la santé et des services sociaux ont la responsabilité de s'assurer que les établissements ou organismes en cause, soit ceux qui avaient la charge de la personne et ceux qui la recevront, fassent état conjointement des mesures nécessaires pour assurer l'accès aux services requis et le transfert des ressources concernées.

La désinstitutionnalisation doit être considérée en relation très étroite avec le plan de services individualisé, conçu pour les personnes, et le plan d'organisation de services, élaboré au niveau régional.

4.2.2 Un groupe d'experts

Les obstacles à la réintégration sociale et les défis qu'elle pose amènent le ministère de la Santé et des Services sociaux à créer un groupe d'experts

dont le mandat est de fournir aux établissements concernés l'expertise qui doit leur permettre de mieux faire face aux difficultés.

De façon plus précise, le mandat de ce groupe porte sur:

- les conditions qui doivent être assurées pour le retour des personnes dans la communauté;
- les modalités d'entente avec les intervenants qui y participent;
- les différentes stratégies propres à faciliter la collaboration de la communauté;
- les modes de collaboration interrégionaux et de coopération avec différents secteurs autres que la santé et les services sociaux.

Le groupe d'experts réunit à la fois des personnes qui ont participé à une telle démarche parce qu'elles-mêmes ou un proche l'ont vécu, des membres des communautés d'accueil, des personnes dont les compétences en matière de réadaptation sont reconnues et, finalement, des personnes actives dans certains secteurs importants pour la mise en place des conditions nécessaires à la réintégration sociale, les municipalités par exemple. Il permettra de centraliser et de mieux diffuser aux établissements concernés les expériences et les connaissances en matière de désinstitutionnalisation.

Pour consolider le partenariat

Le partenariat implique des collaborations à tous les niveaux, de la personne jusqu'aux instances décisionnelles. Il se concrétise principalement dans l'organisation des services au niveau régional et dans l'exercice des responsabilités gouvernementales.

5.1 La décentralisation

Le ministère de la Santé et des Services sociaux privilégie une organisation de services qui respecte la diversité des milieux et qui favorise l'adaptation aux caractéristiques de chacune des régions, aux besoins de leur population et à la configuration de leurs ressources. Dans cette optique, la décentralisation représente un moyen de recentrer les services sur la personne.

La décentralisation se concrétise d'abord par l'élaboration de plans d'organisation de services, puis par la remise aux régions de la gestion de l'ensemble des services de santé mentale. On veut ainsi instituer un mode de fonctionnement axé sur les services à offrir, la mobilisation des partenaires, la perception régionale des problèmes et, enfin, la nécessité d'adopter une perspective commune dans la façon de les résoudre.

En pratique, la décentralisation se fait en trois phases: la démarche de planification régionale, l'élaboration du plan d'organisation de services et l'exercice de responsabilités élargies.

5.1.1 La démarche de planification régionale

Une démarche de planification rigoureuse exige d'abord de cerner les besoins de la population, puis de déterminer les services nécessaires pour y répondre. Il faut ensuite prévoir la mise à contribution des ressources disponibles et, enfin, évaluer les résultats.

Le Ministère confie aux conseils régionaux la responsabilité d'entreprendre une démarche de planification et d'en coordonner l'exécution. Ils reçoivent donc le mandat:

- de cerner les besoins de la population de leur territoire, de déterminer les problèmes prioritaires et les actions à privilégier;
- de respecter les conditions exigées par la mise en place de la gamme essentielle de services, selon les priorités et les besoins de la population;
- de préciser les mandats des différents établissements et organismes concernés et les réorganisations à effectuer et de prévoir la réallocation des ressources financières qui en découle;
- d'élaborer des mécanismes d'évaluation des résultats, eu égard à l'accessibilité aux services et aux orientations de cette politique.

Si la démarche de planification privilégie nécessairement l'organisation des services de santé mentale, elle représente également l'occasion d'aborder des questions qui dépassent ce seul secteur. D'abord, des actions de promotion et de prévention doivent être envisagées. En second lieu, on doit prévoir les contributions possibles des services de santé mentale pour faire face à des problèmes comme la violence et le suicide. Troisièmement, la démarche doit permettre de déterminer les ententes interréseaux et interrégionales nécessaires pour la prestation de services spécialisés et la réintégration sociale. Enfin, elle doit comporter une ouverture des services sur les autres secteurs de la vie collective.

Pour mener à bien l'opération, le conseil régional a la responsabilité de former un comité tripartite. Ce comité est composé de la façon suivante:

- le premier tiers des participants est composé de représentants des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, incluant les ressources dites intermédiaires, qui dispensent des services de santé mentale ou qui sont potentiellement en mesure, selon leur mandat, d'en offrir;

- le second tiers des participants comprend des représentants d'organismes communautaires, actifs en santé mentale;
- le dernier tiers est composé des représentants des différentes communautés de la région et des organisations engagées dans des secteurs dont les actions peuvent avoir une influence sur la promotion de la santé mentale, la prévention et la réinsertion.

5.1.2 Le plan d'organisation de services

Au terme de la démarche de planification, la région dispose d'un plan d'organisation de services. Avant son adoption par le conseil d'administration du conseil régional, le plan doit faire l'objet d'une consultation élargie auprès de tous les partenaires. Il appartient à chaque conseil régional de déterminer les modalités d'application du processus, dans un esprit de partenariat.

Il ne saurait être question pour le Ministère de préciser davantage les rôles et responsabilités de chacun. Il laisse ainsi pleine latitude aux régions de mener une véritable entreprise de concertation sur les besoins de leur population, les ressources à leur disposition et la mise à profit du dynamisme communautaire. Il en va de même pour le rôle de chacun des intervenants à l'intérieur de l'équipe pluridisciplinaire, tant dans la composition de cette équipe que dans la dynamique qui doit s'y établir. Les mandats dévolus aux établissements par la Loi sur les services de santé et les services sociaux demeurent.

Le Ministère tient à faire connaître les critères qu'il compte utiliser pour approuver ces plans. Ce sont:

- la conformité aux orientations de cette politique, le respect du cadre financier et les enveloppes budgétaires disponibles;
- la réallocation de ressources générée par la mise en place d'une gamme de services établie en fonction des besoins de la population et de la détermination des problèmes prioritaires;
- la détermination des responsabilités, en matière de production de services et des ressources financières conséquentes;
- l'intégration des plans de désinstitutionnalisation des établissements concernés et la réallocation des ressources conséquentes;
- les ententes signifiées de complémentarité intrarégionale, interrégionale et intersectorielle;
- un calendrier d'implantation et des mécanismes d'évaluation des résultats, eu égard à l'accessibilité aux services et aux orientations de cette politique.

La région de Montréal présente un caractère particulier; la sectorisation y est nécessaire pour assurer une meilleure accessibilité aux services. Cette sectorisation doit faire l'objet d'ajustements, en fonction des sous-régions déterminées lors de la démarche régionale de planification, et de précisions quant à la configuration de l'ensemble des services dans la région. **Tout en reconnaissant que la sectorisation a contribué à améliorer l'accessibilité aux services, elle a néanmoins constitué une barrière pour plusieurs personnes, notamment pour celles provenant d'autres secteurs et d'autres régions, là où les ressources sont insuffisantes. Il faut conserver toute la flexibilité nécessaire dans l'application de cette mesure au moyen d'ententes entre secteurs de Montréal et avec d'autres régions sociosanitaires et ce, au moins aussi longtemps que les personnes concernées n'auront pas accès, chez elles, à toute la gamme de services.**

5.1.3 Une gestion régionale

Lorsque son plan d'organisation de services est approuvé, le conseil régional se voit confier la gestion du programme de santé mentale. Cette responsabilité signifie, pour le conseil régional, l'engagement de respecter le plan d'organisation de services qu'il a soumis, l'imputabilité par rapport aux budgets qui lui sont confiés, le maintien de l'équilibre budgétaire ainsi que l'obligation de rendre compte de sa gestion par le dépôt d'un rapport annuel au Ministère. Elle implique également la nécessité de traiter harmonieusement et équitablement avec l'ensemble de ses partenaires.

5.2 Un partenariat gouvernemental

Le gouvernement du Québec représente un partenaire important dans une démarche d'ensemble qui doit concerner de plus en plus divers secteurs d'activité. En santé mentale, le rôle de l'État est déterminé par sa responsabilité collective sur les questions suivantes:

- l'accessibilité aux services requis par la population, la disponibilité et la répartition équitable des ressources nécessaires pour dispenser ces services;
- un système adéquat de protection des personnes et de leurs droits;
- les conditions sociales et économiques qui permettent le maintien et le développement de la santé mentale de la population.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux reste le pivot de l'action gouvernementale en cette matière. Il n'est toutefois pas la seule instance ni le seul niveau de décision étatiques dont les orientations et les actions exercent une influence sur les déterminants de la santé mentale et sur les

services de santé mentale. Il faut donc établir les premiers jalons d'une véritable stratégie de coopération intersectorielle à l'échelle gouvernementale, viser une meilleure harmonisation des politiques socio-économiques et générer des efforts dans des directions communes. Ainsi, sera créé un comité regroupant des ministères et organismes gouvernementaux dont les actions peuvent avoir un impact sur la santé mentale de la population et dont les responsabilités les amènent soit à prendre en charge des personnes qui ont des problèmes de santé mentale ou à fournir un complément essentiel à la gamme de services. Le ministère de la Santé et des Services sociaux en assumera le leadership. Les recommandations de ce comité seront acheminées directement au Comité ministériel permanent des Affaires culturelles et sociales (COMPACS).

Les ministères et organismes concernés sont:

- le ministère des Affaires municipales et la Société d'habitation du Québec pour leur rôle en matière d'accès au logement et d'implantation, dans les zones résidentielles, des ressources nécessaires à la réinsertion sociale et au maintien dans la communauté;
- le ministère de l'Éducation et le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science pour leur rôle en formation et en recherche;
- le ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration, compte tenu des particularités à prendre en considération au niveau des services;
- le ministère de la Justice et le ministère de la Sécurité publique dont les interventions auprès des personnes aux prises avec des problèmes mentaux doivent faire l'objet d'une attention particulière, y compris en milieu carcéral;
- le ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu, compte tenu du potentiel de réinsertion que représente le travail et des besoins particuliers des personnes en réintégration sociale eu égard à la Loi sur l'aide sociale.

Le partenariat trouve donc assise au gouvernement. Si la démarche est instituée de façon permanente, le nombre de ministères et d'organismes gouvernementaux participants peut varier à la faveur d'un élargissement de la perspective en santé mentale et du règlement d'un certain nombre de problèmes jugés prioritaires.

La politique de santé mentale doit être considérée comme l'occasion pour le gouvernement du Québec de donner l'exemple d'un véritable partenariat et des possibilités offertes par une approche intersectorielle.

CONCLUSION

Pour préparer la suite

Cette politique vise à assurer à toute personne dont la santé mentale est perturbée ou menacée une réponse adaptée à ses besoins, et à favoriser le maintien et le développement de la santé mentale de la population. Sa publication n'est qu'une étape vers la réalisation de ces objectifs. La mobilisation de tous les partenaires en cause et la mise en place des moyens proposés constituent d'autres étapes encore plus importantes.

La réalité québécoise de la santé mentale continuera d'évoluer. Pour relever le défi que ces changements entraîneront, la présente politique doit jeter les bases pour préparer la suite. Il faut dès maintenant se donner les moyens de pousser plus loin la réflexion, d'assurer la cohérence des orientations ministérielles et de prévoir une révision en profondeur.

Poursuivre la réflexion

La majorité des moyens mis de l'avant par cette politique ont trait à l'encadrement des interventions et à la coordination des services destinés aux personnes aux prises avec un problème mental. Le Québec disposera véritablement d'une politique globale de santé mentale le jour où il sera possible d'assurer l'équilibre entre, d'une part, les efforts à consentir pour la promotion de la santé mentale et la prévention et, d'autre part, les ressources consacrées au traitement et à la réadaptation et lorsqu'il sera en mesure d'agir simultanément sur l'ensemble des déterminants de la santé mentale que sont la biologie humaine, les habitudes de vie, l'environnement et l'organisation de services.

Même si ce document constitue une amorce en ce sens, il faut reconnaître qu'on ne dispose pas encore du matériel nécessaire à cet élargissement de perspective. On peut escompter que le développement des différents systèmes d'information permettra une meilleure connaissance des problèmes et des façons de s'y attaquer. Les données relatives à la santé mentale fournies par l'enquête Santé Québec vont, pour la première fois, donner un large aperçu des problèmes qui touchent les Québécois.

Certains thèmes méritent une réflexion plus approfondie. Ainsi, le Comité de la santé mentale du Québec reçoit le mandat d'étudier les thèmes prioritaires suivants:

- les liens entre la pauvreté et la santé mentale ainsi que les possibilités d'intervention en milieu défavorisé;
- l'influence du milieu de travail sur la santé mentale de la population;
- l'impact du vieillissement de la population;
- la santé mentale des communautés autochtones et les modes d'intervention appropriés;
- la spécificité des besoins des communautés culturelles en matière de santé mentale;

- l'examen des facteurs explicatifs des différences selon les sexes dans l'utilisation des services ainsi que les modes alternatifs d'intervention, conjointement avec le Conseil du statut de la femme et les regroupements de femmes.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux estime que l'acquisition de nouvelles connaissances sur l'état de santé mentale de la population ainsi que les travaux du Comité de la santé mentale du Québec représentent des outils privilégiés pour assurer l'élargissement de perspective auquel nous sommes conviés.

La cohérence des orientations ministérielles

Divers phénomènes ont un impact important sur la santé mentale des individus et de la population, sans toutefois constituer des maladies mentales au sens strict. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a déjà d'ailleurs fait connaître ses orientations en matière d'alcoolisme et de toxicomanies, de violence à l'égard des femmes, de prévention du suicide. Cette politique veut donner une impulsion additionnelle à ces secteurs.

De façon globale, la cohérence des orientations gouvernementales en matière de santé et de bien-être, incluant bien sûr la santé mentale, commande l'adoption d'une politique d'ensemble. Les liens entre ces orientations sont étroits et leurs objectifs se confondent. Les mêmes nécessités ressortent: accroître l'autonomie des personnes, des réseaux naturels et des communautés; agir en amont des problèmes. Partout se profile l'importance d'actions intersectorielles.

La prochaine échéance

Pour les prochaines années, cet énoncé de politique constitue l'essentiel des engagements gouvernementaux en matière de santé mentale. Il faut donc implanter et rendre opérationnels les principaux moyens retenus et procéder à une première évaluation. Si, en cours de route, des ajustements sont rendus nécessaires par les changements organisationnels du système de santé et de services sociaux ou par l'évolution de certains problèmes, ils devront s'inspirer des orientations retenues dans cette politique.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux tient finalement à insister sur le caractère dynamique de cette politique. Ainsi, une révision en profondeur est donc prévue au terme de cinq ans, après une évaluation globale de la pertinence et du fonctionnement des principaux moyens mis en place ainsi que des résultats obtenus.

ANNEXE

Plan d'action

Ce plan est la transposition opérationnelle et séquentielle des moyens proposés par la politique de santé mentale. Il indique l'ordre des priorités ainsi que la façon dont le ministère de la Santé et des Services sociaux entend respecter ses engagements par rapport à cette politique. On y retrouve l'exposé des moyens selon deux phases principales: l'élaboration des plans régionaux d'organisation de services et l'implantation de ces plans.

Au terme de ces deux étapes, l'évaluation des résultats et l'utilisation des différentes informations alors disponibles sont prévues pour la révision de cette politique.

PREMIÈRE ÉTAPE: JANVIER 1989 – AVRIL 1990

Cette première étape poursuit 4 buts:

- l'élaboration des plans régionaux d'organisation de services;
- l'implantation des différentes mesures relatives à la protection des droits, à la sensibilisation des communautés, à la formation et à la recherche;
- la correction immédiate d'écarts dans la répartition des ressources entre les régions;
- la mise en place des conditions qui permettront l'évaluation et la révision de la politique.

Élaboration des plans régionaux d'organisation de services

Planification des services:

Réalisation par le C.R.S.S.S. avec les partenaires impliqués d'une démarche de planification visant la disponibilité, dans chaque région, d'une gamme essentielle de services et de ses modalités d'organisation.

Plans de désinstitutionnalisation:

Élaboration par les établissements en référence à la démarche régionale de planification.

Plans de services individualisés:

Mise en application pour les clientèles identifiées prioritaires.

Mesures essentielles à l'implantation de plans régionaux d'organisation de services

Protection des droits:

Implantation et fonctionnement d'un système complet de protection des droits.

- financement des comités de bénéficiaires à partir d'une portion des budgets d'établissements psychiatriques;
- financement régionalisé des organismes communautaires actifs en protection des droits;
- implantation et fonctionnement du service régional d'accompagnement;
- élargissement du mandat du Protecteur du citoyen.

Groupe d'experts:

Création et mandat du groupe supportant le processus de désinstitutionnalisation.

Sensibilisation des communautés:

Planification et réalisation d'une stratégie d'information.

- campagne d'information à l'échelle du Québec.

Formation:

Impulsion aux programmes actuels et implantation de nouvelles mesures.

- priorité à la santé mentale lors de l'allocation des budgets de formation pour les comités paritaires;
- élaboration des programmes de formation pour le personnel dans le cadre d'une priorité accordée à la santé mentale pour les activités visant à faciliter l'implantation des politiques et priorités ministérielles;
- implantation des programmes locaux et régionaux selon les priorités des régions et accessibilité aux intervenants membres du personnel d'un établissement, d'un organisme communautaire ou aux personnes, telles que les parents et amis, engagées dans une relation d'aide en milieu familial;
- implantation et fonctionnement sur une base régionale d'un programme de formation à l'intention des omnipraticiens oeuvrant en psychiatrie.

Recherche:

Développement de la recherche dans le cadre d'un programme conjoint.

- attentes signifiées au Conseil québécois de la recherche sociale et au Fonds de la recherche en santé du Québec relativement au développement d'un programme conjoint de recherche en santé mentale avec

comme objectif l'atteinte d'une proportion équivalant à 15 pour 100 des budgets de recherche en santé;

- élargissement de l'enquête Santé Québec, volet santé mentale, aux enfants de 6 à 15 ans.

Corrections immédiates d'écarts dans la répartition des ressources

Ressources humaines:

Rehaussement des ressources psychosociales dans certaines régions; actualisation d'un plan d'action pour la répartition des psychiatres en fonction des plans d'effectifs médicaux et de l'utilisation possible des médecins immigrants sélectionnés.

Programme de répit aux familles:

Mise sur pied et actualisation d'un programme de répit aux familles dans chaque région.

Consolidation des organismes communautaires et financement régionalisé des groupes d'entraide.

Actions visant l'évaluation et la révision de la politique

- développement et implantation d'un système d'information en santé mentale;
- évaluation de l'implantation des différents moyens et du développement des démarches régionales de planification de services;
- mandat confié au Comité de la santé mentale du Québec sur des thèmes prioritaires.

DEUXIÈME ÉTAPE: AVRIL 1990 – AVRIL 1993

La deuxième étape poursuit 3 buts:

- l'implantation effective des plans d'organisation de services;
- la poursuite des actions entreprises pour soutenir cette démarche en ce qui concerne la formation, la recherche, la sensibilisation;
- la mise en place d'un mécanisme interministériel qui permettra d'appuyer les efforts de promotion et de réinsertion sociale, et d'élargir la perspective des services grâce à une action gouvernementale concertée.

Mise en application des plans d'organisation de services

Chacune des régions du Québec aura déposé et fait approuver un plan d'organisation de services qui permettra:

- la mise en place et l'opérationnalisation de la gamme essentielle de services;
- la réallocation des ressources financières et humaines en fonction des besoins identifiés compte tenu des ressources existantes et de la configuration régionale de la gamme de services incluant la révision des plans d'effectifs médicaux;
- le financement régional des organismes communautaires;
- les ententes interréseaux et interrégions nécessaires pour assurer l'accessibilité aux services de santé mentale.

Poursuite de la mise en place des mesures essentielles à l'application des plans d'organisation de services

Sensibilisation des communautés:

La campagne d'information, menée au niveau de la province, se poursuit pour appuyer toutes les démarches visant la réintégration sociale.

Formation:

La révision des programmes de formation de base (MESS), en priorité ceux de sciences infirmières et de médecine familiale, est entreprise.

Recherche:

Évaluation de l'implantation du programme conjoint Fonds de la recherche en santé du Québec et Conseil québécois de la recherche sociale, et estimation du cheminement vers un budget équivalant à 15 pour 100 des budgets de recherche en santé.

Comité de la santé mentale du Québec:

Production des avis.

Formation d'un comité interministériel

Permet la coopération intersectorielle à l'échelle gouvernementale et appuie les efforts des démarches régionales vers de meilleures conditions de réintégration sociale.

Évaluation

L'évaluation du processus de l'implantation des plans régionaux d'organisation de services mis en place par la politique en fonction des grandes orientations préconisées.