

Health Reform Observer - Observatoire des Réformes de Santé

VOLUME 3

| ISSUE 2 |

ARTICLE 1

Consolider les soins en santé mentale au Québec : le plan d'action en santé mentale 2005-2010

Catherine CASTAGNER GIROUX, *McGill University, Montréal, Québec, Canada*

22 June 2015

A Provincial/Territorial Health Reform Analysis

RECOMMENDED CITATION: Castagner Giroux C. 2015. Consolider les soins en santé mentale au Québec : le plan d'action en santé mentale 2005-2010. *Health Reform Observer - Observatoire des Réformes de Santé* 3 (2): Article 1. DOI: [dx.doi.org/10.13162/hro-ors.v3i2.2474](https://doi.org/10.13162/hro-ors.v3i2.2474)

Abstract

Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 vise la réorganisation des soins en santé mentale au Québec. Prenant ancrage sur une série de réformes récentes affectant tout le système de santé de la province, on y prévoit la consolidation des services médicaux et communautaires dans une démarche populationnelle localisée. Le plan aborde la problématique de la santé mentale de la prévention jusqu'au traitement. L'arrimage des soins offert à tous les niveaux d'intervention a pour but d'optimiser le système. Sa mise en œuvre inégale et ponctuée de rajustements démontre la ampleur du défi que représente le développement de soins de santé mentale complets et efficaces.

The 2005-2010 Mental Health Action Plan aims to reorganize mental health services in Québec. Building on previous reforms related to the overall health care system, this plan specifically outlines the collaborative adjustments needed to prevent and treat issues related to mental health. Its central proposition is for the consolidation of medical services and community groups working together under a local needs-based approach. Formal structures were designed to build sustainable partnerships for optimal care at different levels of intervention. The implementation of this plan did not achieve the desired results and needed adjustments in all regions. These results demonstrate the complexity in developing comprehensive mental health care.

Messages-clés

- Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 s'inscrit en continuité avec les orientations entreprises au cours des dernières années, soit d'intégrer les services de santé et sociaux.
- Les problématiques ayant comme dénominateur commun la santé mentale sont nombreuses et l'équilibre doit être trouvé entre la médicalisation et l'approche psychosociale.
- La mise en place et l'appréciation du plan varient selon les régions, ce qui met en relief la difficulté de créer et d'entretenir des partenariats interdisciplinaires dans un système présentant déjà des lacunes.

Key Messages

- *The 2005-2010 Mental Health Action Plan is part of a series of reforms launched in recent years that aim to integrate the health care system with community services.*
- *Issues under the umbrella term of mental health are numerous; thus, it is crucial to acknowledge the balance between the biomedical and psychosocial perspectives.*
- *The implementation and appreciation of the plan varies regionally. These results portray the complexity of partnership building within a system with pre-existing flaws.*

1 BRÈVE DESCRIPTION : LE PLAN D'ACTION

En septembre 2005, Dr Philippe Couillard, à la tête du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), dépose le Plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010—La force des l'Exécutionens. Le PASM vise à offrir les meilleurs soins à un maximum de personnes aux prises avec des problèmes mentaux dans des délais optimaux. Ce plan quinquennal s'ancre dans la démarche populationnelle de la prestation des soins de santé amorcée dans les années précédentes. Basé sur une transformation de l'offre de soins en première ligne, c'est-à-dire lors du premier contact avec le système de santé, le PASM a pour but de consolider et d'améliorer les services locaux en place afin d'assurer la continuité entre divers services multidisciplinaires, s'adaptant aux cas simples comme aux plus complexes. Cette stratégie vise le développement de partenariats et de structures afin de faciliter l'intégration des soins de santé mentale, des services offerts par des organismes communautaires et de la psychiatrie. S'attaquant aussi en amont aux déterminants de la santé mentale, des interventions préventives et promotionnelles sont incluses dans le plan. Qualifié de projet d'envergure, il a fait couler beaucoup d'encre.

2 HISTOIRE ET CONTEXTE

La première politique québécoise de santé mentale est introduite en 1989 et devient une figure d'inspiration pour plusieurs autres juridictions. Cette politique prend ses assises dans les conclusions du Rapport Harnois qui prône une approche collaborative entre les milieux de la santé et communautaire (Panet-Raymond 1994). Le gouvernement voulait développer des formes de soutien aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale pour les accompagner dans leur rétablissement sans toutefois compromettre leur pouvoir d'agir et celui de leurs proches. Le processus de planification et d'organisation des services en santé mentale devenait ainsi la responsabilité de tous, ce qui ouvrit la voie à une démedicalisation des interventions, à savoir la considération de soi. À l'aide de cibles et d'indicateurs quantifiables alternatifs aux pratiques médicales plus conventionnelles (Dorvil 2005). Poursuivant dans cette lancée, le virage ambulatoire (ou « la déhospitalisation ») s'amorça dans les années 1990 sous la gouverne du ministre Jean Rochon (Bourque et Quesnel-Vallée 2014). Cette réforme administrative du MSSS transforme le système de santé et de services sociaux en déplaçant le plus possible les soins prodigués à l'hôpital vers les milieux de vie, soit dans les Centres locaux de services communautaires (CLSC) ou même à domicile. Cette reconfiguration de la gestion du système de santé ouvrit la porte à une collaboration entre les différents intervenants en santé mentale sans toutefois s'y attarder directement.

En 2001, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) publia un rapport sur l'état de la santé mentale à l'échelle mondiale. La prévalence en croissance des problèmes mentaux inquiète l'OMS qui prévient que la prévention est importante et que le traitement peut et

doit commencer en première ligne (OMS 2001).

En 2003, le système de santé québécois subit une importante réorganisation avec l'exécution de la Réforme Couillard. Celle-ci vise l'intégration des soins de santé et des services sociaux dans une approche populationnelle régionalisée (Bourque et Quesnel-Vallée 2014). Les Agences de Santé et de Services sociaux (ASSS) sont donc créées et mandatées de recueillir les données pour produire un portrait démographique, socio-économique et sociosanitaire de la population dans leur territoire respectif (Bourque et Quesnel-Vallée 2014). Cette responsabilité populationnelle permet d'évaluer la capacité à livrer les services demandés. Les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) sont aussi mis en place par cette même réforme afin de regrouper les services de médecine générale avec ceux plus spécialisés dans un continuum de services (Bourque et Quesnel-Vallée 2014). Encore une fois. La santé mentale est incluse dans l'intervention gouvernementale, mais sans qu'aucune initiative précise ne soit explicitée. Jugée par le ministre Couillard comme étant un axe d'intervention prioritaire particulièrement complexe, elle est traitée indépendamment dans ce plan d'action qui s'arrime aux transformations des dernières années.

3 BUTS DU PLAN

3.1 Explicites

Les objectifs énoncés dans le PASM sont nombreux. D'une part, il vise la mise en place d'un système efficient en santé mentale au Québec. À l'aide de cibles et des indicateurs quantifiables, le gouvernement cherche à optimiser les soins en santé mentale. Cet objectif peut être atteint en offrant des services au plus grand nombre de personnes dans le besoin, et ce, dans des délais raisonnables et à l'endroit le plus approprié (MSSS 2005). Cela implique principalement le développement d'un système de soins de première ligne en mesure d'assurer le traitement d'un plus grand nombre de patients grâce à un travail en réseau. Dans une optique de hiérarchisation, le rôle des intervenants de première ligne a été revu puisqu'on a constaté que ceux-ci possédaient bien souvent l'expertise nécessaire pour diagnostiquer et traiter les personnes dans le besoin. Ainsi, seuls les cas plus complexes et aigus sont transférés en deuxième ou troisième ligne. D'autre part, le PASM met en relief la nécessité de prendre soin des gens avec des problèmes de santé mentale à différentes étapes de leur vie. L'amélioration dans la continuité des services est aussi un but à atteindre, notamment lors du passage des services pédiatriques vers l'âge adulte. Le plan prévoit la consolidation des partenariats stratégiques et financiers entre les utilisateurs de services et leurs proches, le milieu communautaire et celui de la santé pour tirer avantage de la « force des liens ». Un effort est aussi prévu pour sensibiliser la population sur des enjeux liés à la maladie mentale, tels que le suicide et la stigmatisation des malades. Finalement, la valorisation du pouvoir d'agir de l'individu fait partie de la solution vers le rétablissement de la personne, un but inhérent au plan et à tout le système de santé. Une considération particulière est donc donnée à la non-discrimination des patients, afin d'améliorer la prise

en charge, peu importe le statut ou la condition de santé. Ainsi, jeunes et adultes sont inclus dans le plan d'action pour que l'accessibilité aux services soit assurée à tous.

3.2 Implicites et inattendus

Ce plan d'action gouvernemental s'inscrit dans une nouvelle forme de gestion publique caractérisée par une rationalisation des institutions sociales (Dupuis 2010). Les termes « efficience », « indicateurs » et « cibles » sont des exemples du vocabulaire d'ingénierie organisationnelle utilisé dans ce plan. Dans un autre ordre d'idées, un objectif implicite du PASM est de déléguer une partie du travail des professionnels de la santé aux intervenants des organismes sociaux. Cela peut exprimer une volonté de valoriser les services offerts par les organismes communautaires. En accordant le statut universitaire aux institutions psychiatriques, le plan donne toutefois aussi de l'importance à une approche spécialisée qui s'éloigne des pratiques généralistes et communautaires (AGIR 2010).

4 LES FACTEURS QUI ONT INFLUENCÉ LE PLAN

4.1 Les courants

Certains éléments ont favorisé la mise en place du plan d'action. Comme mentionné précédemment, les mesures inscrites au plan d'action s'inscrivent en continuité avec la Réforme Couillard. En donnant une responsabilité populationnelle aux CSSS, un ensemble de services était dorénavant sous l'égide de ces centres. Cela permit une redéfinition des mandats des organismes sociaux locaux avec comme priorité la restructuration des soins de première ligne. Cette convergence vers la consolidation de soins primaires est encouragée par une littérature scientifique riche depuis les années 1990 (Fleury 2009). Une approche interdisciplinaire, combinant le travail des médecins généralistes et spécialistes ainsi que celui des intervenants communautaires, est vue comme la solution aux failles du système de santé mentale. Le fait que l'OMS ait encouragé une prise de conscience sur la santé mentale auprès des administrations gouvernementales n'est pas négligeable. Au Canada, un comité sénatorial s'intéressait aussi à l'état du système national de santé mentale au moment du dépôt du PASM (Comité sénatorial permanent des affaires sociales 2006).

4.2 Comment le plan d'action a-t-il été mis en place?

La mise en place du PASM visait plusieurs transformations organisationnelles :

- En s'appuyant sur les services de première ligne, le PASM structure la formation d'équipes multidisciplinaires de première ligne dans tous les CSSS (Vallée *et al.* 2009). Une collaboration mutuelle et non linéaire est visée, mais les détails de l'organisation sont laissés à la discrétion des CSSS et des comités d'implantation. La mise en place de guichets d'accès, carrefours où s'effectue l'évaluation des patients, est un élément

clé pour la consolidation dans les équipes de première ligne, car ils permettent de rediriger ceux-ci vers le niveau et le type de soins appropriés.

- La création d'un poste de psychiatre répondant est un élément clé du PASM. Ce psychiatre agit à titre de référence pour les intervenants de première ligne d'un territoire donné (MSSS 2005).
- L'allocation de fonds a évidemment été repensée dans le plan d'action. Il est prévu que les ASSS reçoivent le financement du ministère pour servir leur population. Cette enveloppe globale doit être redistribuée localement pour couvrir tous les services de base, ceux-ci ayant été établis par des études préalables. Une hausse du financement des organismes communautaires en santé mentale est attendue. Des comités régionaux d'allocation des ressources en santé mentale seront formés pour évaluer les besoins financiers en santé mentale.
- Des campagnes de sensibilisation aux échelles provinciales et locales seront organisées dans le but de répondre à l'objectif de « déstigmatiser » la santé mentale.

Également prévu dans le PASM, le projet de loi 83 crée 95 réseaux locaux de services en santé mentale coordonnés par les CSSS (Fleury 2009). Cette transformation législative permet le regroupement des services psychiatriques avec les milieux locaux de première ligne et communautaires.

Comme il le sera démontré dans la section suivante, la mise en place du PASM ne s'est pas faite sans vague et plusieurs ajustements ont été nécessaires.

5 ÉVALUATION

5.1 Méthodes et processus d'évaluation

Des rencontres bisannuelles regroupant les représentants de toutes les communautés impliquées dans le PASM ont permis de faire le suivi de la mise en œuvre du plan. De plus, il a été convenu que le plan d'action serait évalué exhaustivement lorsqu'il arriverait à échéance en 2010. Sous forme de consultations avec les différents partenaires (42 rencontres), l'appréciation de la mise en œuvre du PASM a été systématiquement recensée dans toutes les régions du Québec par le MSSS et des recommandations ont été faites. Différents groupes d'intérêts ont aussi rendu publique leur évaluation du PASM (AGIR 2010; RACOR 2010).

5.2 Résultats de l'évaluation

Les points forts et faibles du PASM seront résumés ici et une attention particulière sera portée sur les constats d'importance à l'échelle provinciale.

Quelques points forts du plan d'action ont été soulignés par différents acteurs. Premièrement, la création d'une communauté de vues semble positive pour la prise en charge de la maladie mentale au Québec (Vallée *et al.* 2009). Deuxièmement, plusieurs projets

locaux sont aussi cités comme de grands succès, notamment le Projet SILAR à Québec pour la prévention du suicide (CSBE 2012). Finalement, les initiatives de sensibilisation ont été efficaces à l'échelle provinciale, car la population semble mieux informée sur la santé mentale (MSSS 2012).

Plusieurs critiques se sont aussi fait entendre. D'abord, il y a des différences dans la capacité à mettre en œuvre les directives du PASM entre les régions. Attribuable à la « continuité historique », l'harmonisation créée par le plan ne vient que solidifier des liens déjà établis, mais ne parvient pas à décloisonner les services dans les régions où les équipes en santé mentale sont moins enclines à collaborer, pour différentes raisons (MSSS 2012). La logique entrepreneuriale de la pratique en médecine générale pourrait expliquer la difficulté à coordonner les différents services (Vallée *et al.* 2009).

Dès l'annonce du Plan, peu de psychiatres étaient prêts à occuper le poste de psychiatre répondant. Ainsi, en juin 2007, le rôle du répondant a été élargi pour inclure d'autres professionnels de la santé mentale (Vallée *et al.* 2009). Toutefois, le manque généralisé d'effectifs nuit toujours à l'accès aux services (Plamondon Emond 2014). En 2010, un tiers des postes d'intervenants en santé mentale restait à combler (Naegele 2011). Conséquemment, même si l'implantation de guichets d'accès et de mentorat dans certaines régions a permis de réduire le délai, la promesse de diminuer les temps d'attente ne s'est pas concrétisée.

Le plan prévoyait déplacer une portion considérable des soins en santé mentale à l'extérieur des hôpitaux, c'est-à-dire dans les CLSC et les organismes communautaires. Cependant, ce transfert de responsabilité n'a pas été accompagné de budgets conséquents. Alors que 10% des ressources financières en santé mentale devaient être redistribuées au milieu communautaire, cette proportion a diminué entre 2005 et 2010, passant de 7,3% à 7% (Naegele 2011).

Enfin, il semble que le virage psychosocial des soins en santé mentale n'ait pas été réussi. Les facteurs d'influence sur la santé mentale, tels que le contexte et le statut social, le réseau familial ainsi que les conditions de vie et de travail, sont toujours marginalement abordés dans les faits (Plamondon Emond 2014). De plus, en prônant la démarche individuelle, le PASM pourrait entraîner un phénomène de responsabilisation des individus dans le besoin (Houde et Boudou-Laforce 2014). Il y a aussi matière à s'interroger sur l'application de la responsabilité populationnelle des ASSS pour ce qui est de quantifier les variables liées à la santé mentale (Bellot *et al.* 2013).

Globalement, le PASM, bien qu'ayant amorcé plusieurs tournants positifs pour l'amélioration des soins en santé mentale, a aussi mis en lumière de nombreuses faiblesses du système de santé en général comme le manque d'effectifs et de financement. Dans ce contexte, les cinq années prévues pour la mise en place du plan étaient peu réalistes. La récente réforme du système de santé québécois pilotée par le ministre Gaétan Barrette modifie la gouvernance des institutions de santé et vise une plus grande accessibilité des services. Il sera intéressant d'observer comment cette restructuration affectera les réseaux d'intervenants créés par le PASM, car cette collaboration est essentielle pour le bon soin des problèmes mentaux pour tous.

6 ANALYSE SWOT (FFOM)

Table 1: Analyse SWOT (FFOM)

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> • Décloisonner et consolider des services communautaires et médicaux. • Créer des partenariats multidisciplinaires dans une dynamique collaborative entre les différents intervenants. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disparités dans l'implantation entre les régions parce que la prise de décision est décentralisée et les exigences sont flexibles. • Le plan tient peu compte des déterminants sociaux. • Les fonds alloués sont insuffisants pour le développement et le maintien des services avec notamment le transfert d'enveloppes non récurrentes.
OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> • Décentraliser de la gestion au sein des CSSS. • Réduire le temps de diagnostic et de référence grâce au guichet d'accès. • Connexion des différents niveaux de soins pour assurer la continuité. • S'attaquer aux problèmes de santé mentale en amont avec la prévention. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le manque d'effectifs nuit à la mise en place de partenariats et à réduire les listes d'attente. • Optimiser le système à l'aide d'indicateurs quantifiables peut être inadapté à la santé mentale. • Donner trop de pouvoir à la psychiatrie peut entraîner une médicalisation du message.

7 RÉFÉRENCES

- AGIR (Alliances des groupes d'intervention pour le rétablissement en santé mentale de la région de Québec). 2010. Bilan : L'élève de Québec redouble encore une fois l'examen du Ministère. Extrait le 7 novembre 2014, <http://www.agirensantementale.ca/mmoire-prsent-par-lagir-sur-le-bilan-du-pasm-2005-2010-vnement-307>
- Bellot C, Jetté C, Bresson M. 2013. *Le travail social et la nouvelle gestion publique*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Bourque M, Quesnel-Vallée A. 2014. Intégrer les soins de santé et les services sociaux du Québec : la réforme Couillard de 2003. *Health Reform Observer - Observatoire des*

- Réformes de Santé* 2(2) : Article 1. <http://dx.doi.org/10.13162/hro-ors.02.02.01>.
- Comité sénatorial permanent des affaires sociales. 2006. De l'ombre à la lumière, transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada. Extrait le 10 novembre 2014, <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/391/soci/rep/rep02may06-f.htm>
- CSBE (Commissaire à la santé et au bien-être Québec). 2012. Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 : Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec. Extrait le 7 novembre 2014, http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf
- Dorvil H. 2005. Nouveau plan d'action : quelques aspects médicaux, juridiques, sociologiques de la dés institutionnalisation. *Cahier de recherche sociologique* 41-42 : 209-235.
- Dupuis A. 2010. Critique de l'ingénierie organisationnelle du Plan d'action en santé mentale 2005-2010. *Santé mentale au Québec* 35(1) : 181-194. <http://dx.doi.org/10.7202/044803ar>
- Fleury M-J. 2009. Santé mentale de première ligne. *Santé mentale au Québec* 34(1) : 19-34. <http://dx.doi.org/10.7202/029757ar>.
- Houde G, Boudou-Laforce E. 2014. Santé mentale : Barrette doit prioriser les déterminants sociaux. *Le Soleil*. Extrait le 20 novembre 2014, <http://www.lapresse.ca/le-soleil/opinions/points-de-vue/201406/08/01-4773958-sante-mentale-barrette-doit-prioriser-les-determinants-sociaux.php>
- MSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux). 2005. Plan d'action en santé mentale—La force des liens. Extrait le 25 septembre 2014, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>.
- MSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux). 2012. Évaluation de l'implantation : Plan d'action en santé mentale 2005-2010—La force des liens. Extrait le 5 novembre 2014, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-914-09W.pdf>.
- Naegele J. 2011. La santé mentale serait mal gérée. *Métro Montréal* : 6.
- OMS (Organisation mondiale de la Santé). 2001. La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs. Rapport sur la santé dans le monde. OMS. Extrait le 7 novembre 2014, http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf?ua=1.
- Panet-Raymond J. 1994. Les nouveaux rapports entre l'État et les organismes communautaires à l'ombre de la Loi 120. *Nouvelles pratiques sociales* 7(1) : 79-83. <http://www.erudit.org/revue/nps/1994/v7/n1/301253ar.pdf>.

Plamondon Emond, E. 2014. Il vaut mieux être riche pour souffrir d'une maladie mentale. *Le Devoir*. Extrait le 11 novembre 2014, <http://www.ledevoir.com/societe/sante/420567/il-vaut-mieux-etre-riche-pour-souffrir-d-une-maladie-mentale>.

RACOR (Réseau Alternatif et Communautaire des organismes en santé mentale de l'île de Montréal). 2010. Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010—La force des liens. Extrait le 12 novembre 2014, <http://racorsm.com/evaluation-de-limplantation-du-plan-daction-en-sante-mentale-2005-2010-la-force-des-liens>.

Vallée C, Poirier L-R, Aubé D, Fournier L, Caulet M, Roberge P, Lessard L. 2009. Plan d'action québécois en santé mentale : contextes de mise en œuvre et éléments d'impacts sur l'organisation des services de première ligne et les modes de collaboration. *Santé mentale en première ligne* 34(1) : 35-53. <http://dx.doi.org/10.7202/029758ar>.