

# Historique et enjeux du système de santé mentale québécois

Article original

Marie-Josée Fleury

Université McGill

Guy Grenier

Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

---

## Résumé :

*Cet article trace le parcours de l'institutionnalisation des services de santé mentale au Québec depuis l'époque coloniale jusqu'à la période contemporaine. Il se présente comme une rétrospective du développement de l'organisation de ces services sociosanitaires, permettant la mise en contexte des enjeux et des défis que pose actuellement le système québécois de santé mentale. La réforme de ce secteur se structure aujourd'hui autour des objectifs articulés par la Politique de santé mentale (1989), laquelle débouche sur la mise en œuvre des réseaux intégrés de services. Cette transformation de l'organisation des services de santé mentale, initiée par les pouvoirs publics, tire néanmoins ses racines du passé, particulièrement de la réforme psychiatrique des années 1960. À partir de cette période, le déploiement de ce système est orienté, d'une façon continue, vers une décentralisation, une communautarisation et une diversification des activités de santé mentale, afin de mettre en œuvre des réseaux plus efficaces et intégrés, et répondant davantage aux besoins de la population.*

**Mots clés :** Système de santé mentale au Québec, histoire du système de santé, réformes des services, institutionnalisation et désinstitutionnalisation.

---

## Introduction

La gestion des troubles de santé mentale représente un enjeu majeur de santé publique, la prévalence de ceux-ci dans la population se situant autour de 20% (Santé Canada, 2002). Actuellement, environ 9% de l'ensemble des dépenses publiques de santé et des services sociaux sont alloués à la gestion de ce système. Au Québec, le secteur de la santé mentale a souvent été au centre d'enjeux majeurs et, plus d'une fois, promu comme expérience

pilote afin de généraliser un mouvement de réforme dans d'autres secteurs de la santé (Dorvil & Gagné, 1992). Historiquement, les institutions dédiées à l'internement puis au traitement des « aliénés » ont été les premières à bénéficier du financement de l'État. Au début des années 1960, la transformation des services psychiatriques précède la réforme Castonguay-Nepveu. Dans les décennies qui suivent, le secteur de la santé mentale bénéficie, dans les premiers, d'un processus de régionalisation et devient le premier programme, en 1989, à être encadré par une politique (Politique

de santé mentale–PSM). Les plans régionaux d'organisation des services (PROS) et les réseaux intégrés de services ont aussi majoritairement été expérimentés dans ce secteur de la santé.

Afin de mieux comprendre les enjeux actuels de la transformation du système québécois de santé mentale, l'institutionnalisation de son organisation sera examinée depuis l'époque coloniale jusqu'au développement des réseaux intégrés de services. Cet article s'appuie principalement sur une revue de la littérature s'intéressant au secteur de la santé mentale, comprenant des documents officiels et des travaux rédigés par des chercheurs issus de différentes disciplines. La première partie de l'article s'étend de la période où le « fou » vivait encore dans sa communauté jusqu'à la création de l'institution asilaire au Québec. La deuxième section s'articule autour de l'évolution de l'asile québécois, entre 1884 et 1948. Dans la troisième section, nous nous attardons sur la période qui, de 1948 à 1962, conduit à une critique de l'hôpital psychiatrique et à la publication du Rapport Bédard. La quatrième section se concentre sur la période 1962-1970, identifiée comme l'âge d'or de la psychiatrie. La cinquième section couvre la période partant de la réforme Castonguay-Nepveu à l'implantation de la *Politique de santé mentale*, en 1989. La dernière section est enfin consacrée aux plus récents développements dans le secteur de la santé mentale. En conclusion, nous discutons de quelques enjeux actuels auxquels fait face le système de santé mentale.

## Du « fou » dans la communauté jusqu'à la naissance de l'Asile au Québec

La santé mentale suit un itinéraire particulier : sa nosologie et l'organisation de ses services s'inspirent, plus que toutes les autres, des valeurs culturelles et sociales ainsi que du développement scientifique et économique des sociétés. Par exemple, à l'Antiquité, l'émergence de l'esprit rationnel pousse à considérer ce genre de perturbation comme résultant d'une maladie. L'œuvre hippocratique (460-377 avant Jésus-Christ) établit ainsi une première classification

des maladies mentales, lesquelles s'intègrent dans la théorie des humeurs. Au Moyen Age, l'emprise de la pensée religieuse renforce plutôt le statut de possession associé à cette manifestation.

Durant la période coloniale en Nouvelle-France (XVI<sup>e</sup>-XVIII<sup>e</sup> siècles), les rigueurs de l'environnement et la faible densité démographique favorisent la solidarité envers les malades et les plus démunis. Mais si la personne atteinte de troubles mentaux devient un danger pour sa communauté ou sa famille, elle peut être conduite en prison ou encore à l'intérieur de l'Hôpital général de Québec ou de Montréal où, dès la fin du XVII<sup>e</sup> siècle, de petits hangars de bois, les loges, sont érigés pour la réclusion des « insensés » (Cellard, 1991). L'individu en état de crise peut aussi être hospitalisé pendant une courte durée dans un hôtel-dieu pour y recevoir quelques saignées.

Le tournant du XVIII<sup>e</sup> / XIX<sup>e</sup> siècle en Occident marque la naissance de l'asile, de la médecine scientifique et de la philanthropie. La « folie » devient un objet de perception médicale et son traitement, légitimé par les pouvoirs publics (Castel, 1976). Pour les fondateurs de la psychiatrie comme Philippe Pinel, l'aliénation n'est jamais totale : l'insensé possède toujours des facultés intellectuelles et morales saines, sur lesquelles un thérapeute peut s'appuyer pour communiquer avec le patient et en obtenir une alliance thérapeutique. Inspiré par la philosophie sensualiste de Condillac, Pinel considère que les causes de l'aliénation mentale ne sont pas organiques, mais « morales ». Les délires résulteraient de mauvaises habitudes de vie agressant le système nerveux. Pour guérir, l'aliéné doit donc être isolé de l'environnement responsable de ses idées fixes (ce qui justifie l'internement asilaire) et soumis à une série d'activités qui, en mobilisant son attention, le distraient de ses pensées délirantes, lui donnant de nouvelles passions, ce qui lui permettra de se resocialiser. Telles sont les bases du « traitement moral » (dans le sens du moral, de l'esprit) qui s'implante au cours du XIX<sup>e</sup> siècle en Occident (Paradis, 1993).

Au Québec, l'institutionnalisation de la maladie mentale se structure au cours du XIX<sup>e</sup> siècle dans la suite de son parcours européen (Keating, 1993). En 1801, une première législation

visant à financer les soins des « aliénés » est promulguée, laquelle alloue une somme fixe par année et par patient aux établissements qui les hébergent. Ce système, dit de l'affermage, représente, jusqu'au début des années 1960, l'un des principaux obstacles à la médicalisation de l'asile au Québec. Il était en effet plausible que certains propriétaires des établissements de santé soient davantage intéressés à rechercher un profit qu'à apporter des soins de qualité aux patients (Paradis, 1998).

Il faut attendre les années 1830-40 pour que s'implante la pratique du traitement moral et que s'établissent les premiers asiles. C'est ainsi qu'un premier asile temporaire est érigé, entre 1839 et 1844, dans la prison de Montréal et qu'un asile permanent est finalement fondé, en 1845, celui de Beauport (devenu aujourd'hui le Centre Hospitalier Robert-Giffard). Contrairement aux asiles de la même époque dans les autres provinces canadiennes ou aux États-Unis, l'Asile de Beauport n'est pas la propriété de l'État, mais de trois médecins (les Drs Douglas, Morrin et Frémont) ayant signé un contrat avec le gouvernement pour l'hébergement et le traitement moral des aliénés; en échange, le gouvernement se préservait un droit d'inspection. Un asile, financé et géré par l'État, a existé, entre les années 1861 et 1875, à Saint-Jean-d'Iberville, mais l'expérience fut vite abandonnée en raison du coût jugé trop élevé pour son maintien. À sa fermeture, les patients sont transférés à l'Asile de Saint-Jean-de-Dieu, actuellement le centre hospitalier Louis-H.-Lafontaine, inauguré en 1873, et propriété d'une communauté religieuse. Notons que jusqu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les asiles desservent surtout la population immigrante, considérée comme la principale source d'épidémies et de désordres sociaux.

## De la crise des asiles à la dégénérescence de l'Hôpital psychiatrique universitaire (1884-1948)

Dès les années 1860, le système asilaire québécois devient objet de critiques. Des conflits

éclatent entre leurs propriétaires et les inspecteurs du gouvernement concernant le traitement, l'admission et la sortie de certains patients. La communauté anglo-protestante déplore que les asiles québécois soient la propriété exclusive de francophones catholiques. Les médecins des asiles se plaignent de leurs conditions de travail et de leur absence de pouvoir (Paradis, 1998, p. 51). En 1884, la visite de l'aliéniste anglais, Daniel Hack Tuke, constitue l'élément déclencheur conduisant à un vaste débat public sur le système asilaire.

En effet, Tuke dénonce l'utilisation abusive de moyens de contrainte visant à restreindre le mouvement des patients agités, l'absence de pouvoir des médecins dans les asiles ainsi que le système de l'affermage, principale cause des mauvais traitements infligés aux patients (Tuke, 1885). Les revues et les sociétés médicales de l'époque ainsi que la communauté anglophone appuient le rapport de l'aliéniste anglais. Voulant alors étendre son pouvoir sur les institutions asilaires, le gouvernement québécois de John J. Ross adopte, en 1885, une loi obligeant la constitution, dans les asiles, d'un Bureau médical, responsable du traitement, de l'admission et de la sortie des patients. Dirigé par un surintendant médical désigné par le gouvernement, ce Bureau devait être composé de médecins payés par l'État. La Loi Ross est aussitôt contestée par les propriétaires des asiles, sur la base qu'elle contrevient à certaines clauses de leur contrat. Pour résoudre cet imbroglio, le gouvernement instaure, en 1886, une commission royale d'enquête. La crise des asiles se termine au début des années 1890 par l'adoption d'un compromis qui subsiste jusqu'au début des années 1960. Le système de l'affermage est maintenu, mais l'administration des asiles catholiques est désormais confiée aux communautés religieuses, ce que confirme l'acquisition de l'Asile de Beauport, rebaptisé Saint-Michel-Archange, par les sœurs de la Charité, en 1893. En échange, les propriétaires des asiles reconnaissent le pouvoir du surintendant médical. Parallèlement, le *Verdun Protestant Hospital for Insane*, actuellement l'Hôpital Douglas, accueille ses premiers patients, en 1890. Sa structure administrative inédite, organisme sans but lucratif, servira plus tard de modèle pour les autres hôpitaux psychiatriques.

La dernière décennie du XIX<sup>e</sup> siècle et les deux premières du XX<sup>e</sup> siècle ont représenté une période de grande effervescence pour les asiles québécois. Différentes expériences (sorties à l'essai des patients, activités extérieures, placements dans des familles d'accueil, etc.) sont tentées pour amorcer un décloisonnement de l'institution asilaire. À cette période débute aussi l'enseignement clinique des maladies mentales et sont fondées les écoles pour infirmières dans les trois grands asiles du Québec, lesquels s'affilient à une institution universitaire: St-Michel-Archange (Robert-Giffard) à l'Université Laval, St-Jean-de-Dieu (Louis-H. Lafontaine) à l'Université de Montréal et *Verdun Protestant Hospital for Insane* (Douglas) à l'Université McGill.

Paradoxalement, c'est aussi à cette époque que débute véritablement le «renfermement» des malades mentaux en raison de l'urbanisation qui provoque l'effritement de la solidarité familiale et communautaire. Surpeuplé au point de devenir antithérapeutique, l'asile, particulièrement les institutions francophones, devient un «ghetto ou une vaste garderie» (Gervais, Gauthier & Gélinas, 1997). Les progrès de l'entre-deux-guerres auront ainsi lieu majoritairement à l'extérieur de l'asile. Soulignons néanmoins la nomination par le gouvernement québécois, après la Première Guerre mondiale, d'un directeur des asiles et des institutions d'assistance, chargé d'uniformiser la classification des maladies mentales prévalant dans les institutions asilaires. Sous l'initiative du comité canadien d'hygiène mentale, mis sur pied en 1918 et ancêtre de l'actuelle Association canadienne de la santé mentale, des avancées significatives s'effectuent dans le domaine du dépistage et de la prévention des maladies mentales. Sous la gouverne du comité canadien d'hygiène mentale, des cliniques de consultations psychiatriques et des classes spécialisées pour enfants déficients ou aux prises avec de sérieux problèmes de comportement sont ouvertes à Montréal et à Québec (Grenier, 1990).

Parallèlement, les premières expériences d'éducation des jeunes déficients et des anormaux éducatibles sont développées sur le terrain de l'Hôpital Saint-Michel-Archange, soit à l'École La Jemmerais, entre 1928 et 1940. La Clinique Roy-Rousseau, fondée à Québec en 1926, inaugure aussi, à la même période, les premiers

traitements à l'intention des malades mentaux ne nécessitant pas un internement (Grenier, 1990; 1994). Le mouvement de spécialisation s'accroît avec la création de premières cliniques dédiées au traitement des alcooliques, des toxicomanes et des personnes atteintes de troubles mentaux légers. En 1919, un neuropsychiatre, le Dr Albert Prévost, fonde ainsi à Cartierville un petit sanatorium privé destiné à cette dernière clientèle. Agrandi dans les années 1950, l'Institut Albert-Prévost, actuellement fusionné avec l'Hôpital Sacré-Cœur, devient le principal centre de formation des psychiatres francophones. Ces établissements annoncent l'apparition des départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux et soulignent la différence dans le traitement établi entre les cas considérés curables et légers, qui méritent que l'on investisse dans leur guérison, et les autres, chroniques et réputés incurables, hébergés dans les grands asiles (Wallot, 1998, p. 114). Enfin, la formation spécialisée outre-frontières (États-Unis et France) pour les diplômés des facultés de médecine s'accroît à cette période (Grenier, 1999).

## De la révolution psychiatrique à la Réforme Bédard (1948-1962)

C'est à l'issue de la Seconde Guerre mondiale que l'on commence à s'interroger sérieusement sur les effets de l'internement des malades mentaux, l'expérience des camps de concentration ayant mis en relief qu'un enfermement prolongé entraîne une perte des aptitudes nécessaires à la survie en société (Harnois, 1996). La «névrose institutionnelle», caractérisée par l'apathie et le manque d'initiative, est ainsi décrite, en 1959, par Barton (Henderson & Thornicroft, 1997).

En 1948, le gouvernement fédéral implante un programme de subventions à la santé. Un montant de dix millions de dollars est accordé à l'hygiène mentale pour la formation du personnel et le développement des ressources. Des départements de psychiatrie s'ouvrent dans les facultés de médecine. Grâce aux octrois du gouvernement fédéral, des jeunes médecins se spécialisent en psychiatrie et en psychanalyse, aux États-Unis ou en France. Pendant la décennie 1950, le nombre

de psychiatres augmente de 15 à 170 (Boudreau, 1984). À leur retour, ces psychiatres, adeptes des conceptions modernes, occupent des postes dans les services de psychiatrie des hôpitaux généraux, qui se constituent progressivement, ainsi qu'à l'Institut Albert-Prévost. D'autres essaient de réformer l'institution psychiatrique, se confrontant ainsi aux communautés religieuses et neuropsychiatres de la génération précédente. Cette situation provoque notamment la désaffiliation de Saint-Jean-de-Dieu à l'Université de Montréal, en 1955.

C'est également à partir des années 1950 que s'amorce la révolution psychopharmacologique. Le largactil est introduit, en 1953, par le Dr Heinz E. Lehmann au *Verdun Protestant Hospital* (Cahn, 1981). Quatre ans plus tard, l'équipe du Dr Lehmann est la première à tester, en Amérique, l'efficacité de l'imipramine contre les dépressions (Wallot, 1998). Grâce aux neuroleptiques, la maladie mentale devient enfin curable et les psychotiques commencent à sortir des institutions psychiatriques. Parallèlement, au *Verdun Protestant Hospital*, plusieurs interventions sont mises de l'avant afin de favoriser la réadaptation et la réinsertion sociale des patients (programme de soins en milieu familial, création d'un réseau de foyers affiliés, placement en familles d'accueil, etc.). Malgré ce mouvement chez les anglophones, la communauté francophone continue, durant cette période, à bâtir des asiles régionaux, dépourvus de services psychiatriques et servant de déversoirs à Saint-Jean-de-Dieu et à Saint-Michel-Archange. On assiste ainsi à la création de l'Hôpital Sainte-Élizabeth à Roberval (1952), de l'Hôpital Saint-Charles à Joliette (1956) et de l'Hôpital des Laurentides à L'Annonciation (1960).

En 1960, le Parti libéral remporte les élections provinciales sur la base d'un vaste programme visant à moderniser l'économie et la société québécoise. L'année suivante, un ex-psychiatrisé publie *Les fous crient au secours*, un livre décrivant les conditions vécues par les patients des hôpitaux psychiatriques (Pagé, 1961). La postface, qui confère au livre une caution morale majeure, est l'œuvre du Dr Camille Laurin, l'un des chefs de file des psychiatres modernistes. Un mois à peine après la publication de cet ouvrage, le gouvernement Lesage constitue une Commission d'étude dirigée par les psychiatres Dominique

Bédard, Denis Lazure et Charles-A. Roberts. Le premier acte des commissaires consiste à demander au premier ministre Lesage l'arrêt immédiat des travaux de construction d'un asile à Sherbrooke (Wallot, 1998, p. 192).

Le rapport de la Commission Bédard souligne l'inadéquation du financement du système. Les hôpitaux psychiatriques reçoivent 2,75\$ par jour par patient comparativement à 24\$ pour les hôpitaux généraux. Spécifiquement, le système de l'affermage est jugé responsable de l'inertie des gouvernements précédents et des propriétaires des asiles :

*«On sait en effet que plusieurs hôpitaux mentaux (sic) ont réussi à diminuer leur population de malades grâce à un traitement intensif administré par des professionnels nombreux et bien équipés. Il faut, bien entendu, payer ces spécialistes et cet équipement. Ce qui veut dire qu'avec le système actuel, il faudrait dépenser davantage pour mettre en congé un plus grand nombre de malades et se retrouver en fin de compte avec un budget diminué. On ne saurait trouver illogisme plus flagrant. Il n'est pas étonnant que, pour y échapper, on se soit réfugié dans l'abstention et l'immobilisme»* (Bédard, 1962, pp. 7-8).

L'étude des dysfonctionnements du système de santé mentale par la Commission Bédard débouche sur cinquante recommandations. Le comité exige notamment la création d'une division des services psychiatriques à l'intérieur du ministère de la Santé<sup>1</sup>. Concernant l'administration des hôpitaux psychiatriques, le rapport recommande la constitution pour chacun d'une corporation à caractère public et d'un bureau médical regroupant les médecins. Une autre recommandation vise l'abolition du système de l'affermage et l'intégration du budget annuel des hôpitaux psychiatriques au budget global de l'assurance-hospitalisation. Une série de propositions porte sur les changements à apporter dans le fonctionnement des hôpitaux préexistants: interdiction de tout agrandissement; révision systématique des dossiers de l'ensemble des patients; abolition graduelle des mesures excessives de sécurité; tenue d'activités mixtes; élimination des grands dortoirs; mise sur pied d'un service social, de services de psychologie, de nursing psychiatrique, d'occupation thérapeutique, de loisirs, de cliniques externes, de centres

de jour et de centres de nuit, etc. Le rapport Bédard recommande par ailleurs que tout hôpital général d'au moins deux cents lits possède un service de psychiatrie, comportant une clinique interne et externe. D'autres recommandations proposent le développement de services communautaires, de foyers de réhabilitation et d'ateliers protégés. La Commission suggère également la création d'hôpitaux psychiatriques régionaux rattachés à des hôpitaux généraux ainsi que la séparation des patients déficients, antisociaux, alcooliques et toxicomanes, des psychotiques. Les dernières recommandations portent enfin sur la formation et les conditions salariales du personnel, l'enseignement et la recherche, la prévention et l'éducation du public (Wallot, 1998).

Ainsi, la révolution du champ des connaissances psychiatriques, à partir des années 1950, et la Révolution tranquille, dans les années 1960, marquent l'avènement de changements majeurs dans l'organisation du système de santé mentale québécois. Cette conquête psychiatrique était devenue possible grâce notamment à l'accroissement du nombre de psychiatres au tournant des années 1960, regroupés, à partir de 1962, à l'intérieur de l'Association des psychiatres du Québec. Le succès incontestable de la médecine scientifique de pointe ainsi que l'arrivée, sur le marché, des neuroleptiques et des antidépresseurs qui réduisent les symptômes en stabilisant le comportement, légitimaient aussi la création d'une approche hospitalocentrique. L'ambition des psychiatres rencontrait, par ailleurs, les aspirations de la population et des élites politiques: humaniser les asiles et guérir à tout prix et au plus vite les grands malades (Saucier, 1987).

## L'âge d'or de la psychiatrie québécoise (1962-1970)

Dès 1962, la division des services psychiatriques met en application les recommandations du rapport Bédard. Le clergé se trouve progressivement mis à l'écart des services. Le volet thérapeutique est renforcé dans les hôpitaux psychiatriques, maintenant pourvus d'un budget annuel protégé, semblable à celui des hôpitaux généraux. Un hôpital psychiatrique à sécurité

maximale est érigé à Montréal: l'Institut Philippe-Pinel. Plusieurs hôpitaux psychiatriques régionaux s'implantent (en Abitibi, au Saguenay, en Outaouais, etc.) dont plusieurs sont d'anciens sanatoriums, les progrès dans le traitement de la tuberculose ayant permis leur conversion (Lac-Etchemin, Mont-Joli, Gaspé). Pour desservir les régions peu pourvues en ressources, des équipes volantes multidisciplinaires sont aussi constituées (Wallot, 1998). Les départements de psychiatrie des hôpitaux généraux passent de 15 qu'ils étaient, en 1962, à 28, en 1970, et atteignent le nombre de 61, en 1986 (Dorvil & Guttman, 1997). Cette époque se distingue également, comme dans les autres secteurs de la santé, par l'entrée de professionnels paramédicaux (psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes et infirmières) qui deviennent, sous la supervision des psychiatres, membres des équipes communautaires et multidisciplinaires psychiatriques, pratique instituée représentant un pivot important de la réforme de la santé mentale.

Les réformes de la pratique psychiatrique provoquent une première vague de désinstitutionnalisation, initiée au milieu des années 1960 par les tenants de la psychiatrie communautaire (Lecomte, 1997). Associée à une politique de sectorisation, la psychiatrie communautaire devient une extension de l'hôpital dans la communauté. Elle met l'accent sur l'accessibilité, l'individualisation et la continuité des soins, en identifiant des populations cibles et en favorisant le développement d'équipes professionnelles et multidisciplinaires de soins. La sectorisation consiste à confier la responsabilité clinique d'une population habitant une aire géographique à une équipe multidisciplinaire relevant d'un établissement (MAS, 1981). La province est divisée en treize régions psychiatriques. Des coordinateurs régionaux (psychiatres) y sont nommés responsables, en collaboration avec la division du Ministère, de l'évaluation des besoins et des ressources, de l'élaboration de programmes de planification et du recrutement du personnel.

Résultant de cette première vague de désinstitutionnalisation, 5789 lits psychiatriques, soit 28% du nombre total, ferment, entre 1965 et 1975. Cette première vague connaît néanmoins certains ratés: augmentation de l'itinérance, plus grande judiciarisation des personnes présentant des

des troubles mentaux, apparition du syndrome de la porte tournante et accroissement du fardeau des familles (Dorvil & Guttman, 1997). Entre autres, l'absence d'un réseau de ressources communautaires, pouvant dorénavant assumer les fonctions tenues par l'asile auprès des personnes ayant obtenu leur congé, est responsable de ces effets négatifs, et conduit à un retour en force du modèle hospitalier de pratique psychiatrique à la fin des années 1970 (Lecomte, 1997; Bachrach, 1997).

## De la réforme Castonguay-Nepveu à la *Politique de santé mentale* (1970-1989)

La réforme Castonguay-Nepveu (1970), tout en poursuivant les objectifs du rapport Bédard, modifie la route empruntée par la réforme psychiatrique. La période 1970-1980 se distingue de la décennie précédente par l'effort consenti pour contrôler les coûts. Le financement des départements de psychiatrie des centres hospitaliers est inséré dans le budget global des établissements, nouveau mode allocatif introduit avec la réforme des services sociosanitaires. Le Ministère modifiera ultérieurement cette situation afin de protéger le budget des départements de psychiatrie. En 1975, est notamment introduite une budgétisation par activités, dont la psychiatrie représente une composante (Boudreau, 1984; Turgeon & Ancil, 1994). Avec la réforme Castonguay, les services médicaux sont aussi hiérarchisés en services de base (ex.: CLSC) et services spécialisés, alors que précédemment les troubles de santé mentale étaient entièrement pris en charge par les services psychiatriques.

Aux yeux des nouveaux réformateurs technocrates, la santé mentale n'est également plus jugée comme une priorité, mais comme un programme à gérer parmi d'autres, ce qui explique l'intégration des services psychiatriques aux services de santé physique. La division des services psychiatriques, nommée Direction générale de la psychiatrie et de l'hygiène mentale à partir de 1969, est ainsi abolie en 1971. Le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ), multidisciplinaire, mais avec une forte présence psychiatrique, est plutôt mis sur pied. Il a pour fonctions d'effectuer des études

et de produire des avis pour le Ministère (efficacité des interventions, ressources alternatives, expériences étrangères, etc.) (MAS, 1981).

Cette période se distingue enfin par la montée progressive de la notion de «santé mentale» qui supplée celle, plus circonscrite, de «maladie mentale». Le concept de santé mentale<sup>2</sup> a été mis de l'avant dans les années 1960, par le biais de la psychiatrie communautaire. Il relève de l'apport des sciences sociales et est tributaire de l'antipsychiatrie, des courants existentiels californiens, de la psychologie humaniste et du mouvement féministe. Il traduit également la crainte des effets stigmatisants du concept de maladie mentale. L'élargissement de la nosologie des maladies mentales à des phénomènes culturels et sociaux remet en question le monopole de l'organisation des services par les psychiatres qui ne sont «plus automatiquement reconnus comme garants légitimes de ce qui avait été leur système de services (Boudreau, 1984, p.164)». Dans les années 1970, des ressources communautaires et alternatives, consacrées à la réinsertion sociale, commencent à se développer. Au début de la décennie suivante, des mouvements pour la défense des droits des personnes apparaissent et les premiers regroupements de familles se constituent (Tremblay, 1996). En 1982, ces organismes se rassemblent pour former le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec-RRASMQ (Lecomte, 1997).

Sanctionnée en 1972, la *Loi sur la protection du malade mental* donne par ailleurs un statut à la personne atteinte de troubles mentaux. En vertu de cette loi, «il n'y a plus de lieu privilégié de la maladie mentale: le centre hospitalier ou le centre local de services communautaires sont tenus de fournir les services aux malades mentaux, de leur faire subir les examens requis (article 4) ou de les recevoir en cure fermée» (Wallot, 1998, p. 264). La loi institue aussi un comité de révision. La *Charte des Droits et des libertés de la personne*, adoptée en 1975, garantit, quant à elle, la liberté et l'intégrité physique du malade mental ainsi que sa protection contre toute forme d'abus.

En 1976 avec l'élection du Parti québécois, le débat entourant la question de l'organisation des services psychiatriques est remis sur la sellette. Afin de mieux intégrer et décentraliser les services,

des commissions administratives régionales (CAR, plus tard nommées commissions de la santé mentale) pour les services psychiatriques sont introduites dans la plupart des régions socio-sanitaires. Ces commissions ont un rôle consultatif auprès des conseils régionaux de santé et de services sociaux (CRSSS), seuls imputables vis-à-vis du Ministère. Deux ans plus tard, le Ministère, par l'arrêté en conseil 3179-79, définit davantage les fonctions et pouvoirs des CRSSS en matière d'organisation des services de santé mentale; il élargit ainsi la responsabilité des CAR aux services généraux de santé mentale. Les CRSSS deviennent responsables de la planification, de la coordination, du financement, du contrôle et de l'évaluation des services de santé mentale. Les CAR encouragent aussi une vision moins hospitalière des services, en intégrant progressivement des représentants des milieux extra-hospitaliers. Par exemple, sept membres siègent sur la CAR de la Montérégie, en 1977, dont deux, hors du réseau hospitalier. En 1985, ils seront treize représentants sur vingt de l'extérieur du réseau hospitalier dont quatre de l'intersectoriel et quatre du communautaire.

Parallèlement aux CAR, le Ministère crée un comité provincial de la psychiatrie qui a comme principal mandat « d'assurer la complémentarité et la coordination interrégionale et d'agir en tant que conseillers auprès du ministre sur les besoins, les priorités et les ressources dans le domaine et sur les litiges entre les commissions administratives régionales et les CRSSS » (Boudreau, 1984, p. 200). La mise sur pied de ce comité provincial ne se fait pas sans récrimination. Pour certains, c'est la mise en tutelle des intervenants en santé mentale par les psychiatres et, pour d'autres, le déni d'une vraie politique de décentralisation. Le comité provincial est remplacé par le Service des programmes en santé mentale, en 1979, puis par le Service d'organisation en santé mentale, en 1983, et par la Direction de la santé mentale, en 1986.

La conjoncture du début des années 1980 (crise économique, émergence de l'idéologie néolibérale, des philosophies du nouvel âge, etc.) renforce les nouvelles tendances et pratiques amorcées par l'avènement de la notion de santé mentale, et annonce la mise en branle de travaux préparatoires à une politique québécoise en ce domaine. Pour White (1993), l'année 1982

se distingue comme particulièrement charnière. Elle marque le début du processus de réforme, puisque pour la première fois, est nommée à la tête des services d'organisation en santé mentale au MAS, une jeune gestionnaire, ni médecin, ni psychiatre et personnellement engagée dans le mouvement communautaire. Sa nomination donne l'occasion de promouvoir des changements dans l'organisation de ces services avec l'appui du Ministère. Notamment, le processus de reconnaissance et de légitimation des ressources alternatives est entamé, la directrice intérimaire (1982-1985) ayant réussi, en dépit des mesures d'austérité financière, à obtenir des fonds pour le déploiement d'un certain nombre de ces organismes (White & Mercier, 1991).

En 1986, la diversification des services et la consolidation des organismes communautaires sont aussi encouragées par la politique des mesures de désengorgement des urgences. Cette dernière propose l'implantation de centres de crises et de services d'hébergement temporaire afin d'y diminuer l'achalandage des personnes atteintes de troubles de santé mentale. L'éclosion des ressources communautaires et alternatives en santé mentale, donc de la diversification et de la communautarisation des services, est aussi facilitée par le vacuum laissé par la psychiatrie communautaire. En plus d'être critiquée par les ressources alternatives, l'organisation des services de santé mentale est remise en question par les nouveaux professionnels de la santé qui dénoncent le monopole des psychiatres. Faisant fi des critiques, la psychiatrie communautaire consolide parallèlement ses ressources intermédiaires en développant des réseaux de familles d'accueil, de foyers et d'appartements supervisés. Cette politique s'avère d'ailleurs économiquement rentable, puisque le prix par jour est de 280\$ à l'hôpital psychiatrique, comparativement à 16,10\$ en famille d'accueil (Dorvil, 1988).

À la fin des années 1980, l'atmosphère semble plutôt propice à l'émergence d'une restructuration de l'organisation des services de santé mentale. La plupart des experts de ce secteur conviennent de l'importance d'élaborer une politique, afin de dégager les grandes orientations en santé mentale. Des changements substantiels ont certes été préconisés depuis le rapport Bédard, mais aucune prise de position

officielle, unifiée de la part du Ministère concernant les objectifs généraux en ce domaine et considérant l'évolution de la notion de santé mentale, n'a été établie (MAS, 1981). Les différentes études et enquêtes sur les services de santé mentale, élaborées depuis 1960-70, démontrent également un certain consensus vis-à-vis des failles du système et des pistes à mettre de l'avant pour les résoudre. Comme Corin, Bibeau, Martin et Laplante (1990) l'ont pertinemment souligné, la *Politique de santé mentale (PSM)* est déjà, à toute fin pratique, élaborée, dès le milieu des années 1980. Notons spécifiquement le document *La santé mentale – Direction de l'an 2000* (MAS, 1985) qui trace un portrait fort d'actualité des problèmes et des pistes d'intervention qui seront, quelques années plus tard, préconisées par la PSM ainsi que le rapport Harnois, intitulé *Pour un partenariat élargi* (1987), lequel est rédigé par le comité chargé d'élaborer la PSM.

Adoptée en 1989, la PSM s'appuie sur une approche biopsychosociale de la santé mentale dont le volet psychodéveloppemental (aspects affectif, cognitif et relationnel) devient le plus important. Elle propose principalement : a) d'assurer la primauté de la personne dans l'organisation des services ; b) d'accroître la qualité des services ; c) d'atteindre l'équité (régionale et par niveaux de services) ; d) de cibler les solutions dans le milieu de vie des personnes en reconnaissant leur potentiel et leurs droits et en privilégiant les interventions les plus légères possible ; e) ainsi que de consolider le partenariat en reconnaissant le potentiel de chacun des partenaires, en mettant de l'avant des rapports ouverts entre ceux-ci et en adoptant des objectifs communs. Pour atteindre ces objectifs, la PSM recommande : 1) la promotion pour chaque individu d'un plan de services individualisés (PSI) ; 2) l'intégration des connaissances et des pratiques par une formation continue des intervenants ; 3) l'implantation d'une gamme essentielle de services (de la prévention / promotion à la réadaptation / réintégration sociale) ; 4) une plus grande démocratisation du processus décisionnel et consultatif ; 5) l'élaboration de plans régionaux d'organisation de services (PROS) par les CRSSS avec l'aide de comités tripartites composés de représentants d'établissements du réseau de la santé (1/3), de représentants d'organismes communautaires impliqués dans le secteur de la santé mentale (1/3) et de représentants de l'intersectoriel<sup>3</sup> (1/3).

La PSM se propose de modifier le système de santé mentale dans un sens plus sociocommunautaire et en partenariat avec les forces du milieu. Elle poursuit des objectifs de décentralisation de la gestion des services et d'équité pour la formation de réseaux autonomes de distribution de soins et de services. Cette transformation de l'organisation et de la distribution des services de santé mentale s'effectue principalement au niveau régional, via l'implantation des PROS. Ces derniers sont des planifications exhaustives de l'organisation des services de santé mentale, mis en œuvre essentiellement de 1989 au milieu des années 1990. Ils décrivent la configuration des services et des besoins régionaux de santé mentale et déterminent les changements anticipés, les ressources nécessaires, les étapes d'implantation et d'évaluation de ces modifications (Fleury & Denis, 2000; Fleury, Denis & Sicotte, 2003; Fleury, Denis, Sicotte & Mercier, 2004). Pour implanter la réforme, 40 millions de dollars sont prévus en budgets de développement à partager entre les régions sociosanitaires. Des réallocations interétablissements, interrégionales, intrarégionales et interprogrammes sont aussi envisagées.

## Des principales critiques à l'endroit de la PSM à la création des réseaux intégrés de services

En 1991, la *Loi 120* généralise le processus de régionalisation pour les programmes de santé non visés par le *Décret 3179-79* et étend le mandat des instances régionales. Les nouveaux pouvoirs dévolus aux instances régionales en matière de planification, de coordination, de budgétisation et d'évaluation s'implantent graduellement. Notamment, les régies régionales (RRSSS) sont responsables de l'opération de budgétisation des établissements depuis 1995-1996 (Bordeleau, 1996). Dans ce processus de réforme du système sociosanitaire, qui a lieu de façon parallèle et postérieure à la restructuration des services de santé mentale, la PSM n'est nullement remise en question. Selon le ministre Côté : « Au contraire, on s'en inspire pour l'appliquer dans d'autres domaines » (Dorvil & Gagné, 1992, p. 10).

La PSM a néanmoins soulevé nombre de critiques. Corin *et al.* (1990) affirment, d'une part, qu'en faisant écho au rapport Harnois, la PSM a réduit sa section sur les intervenants à une portion congrue; elle occulte quasiment tout le champ institutionnel. Cependant, cette situation relève aussi du désintérêt des intervenants vis-à-vis de la réforme du système sociosanitaire. La participation des professionnels de la santé (particulièrement des psychiatres) est perçue d'autant plus importante que, dans d'autres pays, le succès des réformes lui est en grande partie attribuable (Bozzini, 1986; Corin, Tessier, Séguin-Tremblay, Bozzini & Grunberg, 1986). D'autre part, Corin *et al.* (1990, p. 36) soulignent l'impact du « credo gestionnaire sur la PSM, lequel consiste à croire que des changements dans les modalités administratives vont nécessairement enclencher des transformations dans les philosophies de pratique, réorienter les interventions et générer dans les institutions les conditions propices à des réaménagements structurels ». De plus, si la PSM reconnaît l'importance des ressources communautaires, elle ne les perçoit pas comme dépositaires de services spécialisés, alternatifs à la psychiatrie. Pour Lamoureux (1994, p. 100), cette lacune « conduit d'abord à prendre en considération leur « ailleurs » et non leur « autrement », à les positionner comme des fournisseurs de services concentrés dans la communauté et non comme des expérimentations d'autonomisation, d'actions collectives issues de la prise en charge des milieux par eux-mêmes ». Le partenariat, point central de la réforme, leur semble se transposer en « complémentarité », car les acteurs institutionnels et communautaires / alternatifs ne sont pas de force égale et n'auraient ainsi pas droit au même traitement. Sous le couvert de la complémentarité et de l'intégration des services, s'opérerait l'institutionnalisation de l'alternatif (Lamoureux, 1994). Enfin, même si la PSM s'accompagne d'un budget de 32 millions de dollars en plus d'insister sur un processus réalloué d'équité interrégionale, selon White, Mercier, Desbiens et Roberge (1994, p. 32), « en comparaison avec la période qui a précédé l'adoption de la politique, la proportion des investissements est si minime que la possibilité de corriger les effets des inégalités antérieures est presque nulle, selon toutes les prévisions raisonnables d'investissements dans l'avenir ».

Quant aux PROS en santé mentale, principaux véhicules d'implantation régionale des réformes mises de l'avant par la PSM, ils n'ont que bien partiellement été implantés (MSSS, 1997; Fleury & Denis, 2000; Fleury, Denis & Sicotte, 2003; Fleury, Denis, Sicotte & Mercier, 2004). Cette phase de transformation, qui s'étale de 1989 à environ 1997, a cependant permis de mettre en place les balises d'une gestion régionale et d'une organisation locale de distribution de services mobilisant l'ensemble des ressources intervenant en santé mentale. Au-delà des fonctions rationnelles permettant l'atteinte d'objectifs, les PROS ont joué un rôle essentiel au support de la transformation, assumant des fonctions d'information, de communication, de direction et de contrôle. En ce sens, ils ont servi de catalyseurs à la transformation, mobilisant et apprivoisant les différentes organisations à une logique d'articulation des services en « réseaux locaux intégrés de services en santé mentale », orientation centrale suivie par les plus récentes orientations ministérielles (MSSS, 1998, 2000, 2001a, 2001b, 2002). Un certain « virage » vers le déploiement d'une gamme de services plus diversifiés et dispensés dans la communauté a aussi été entamé. Particulièrement, les organismes communautaires et les activités de réadaptation / réintégration sociale, d'entraide aux usagers et aux familles, de crise et de promotion / protection de la personne ont été consolidés, bien que la gamme de services pour la plupart des régions sociosanitaires demeure grandement incomplète (MSSS, 1998, 2001; Fleury et Ouadahi, 2002).

Le contexte de compression des dépenses publiques et d'optimisation de l'efficacité, au milieu des années 1990, viendra accentuer la pression sur le système en faveur de la communautarisation et de la diversification des services (ex. : virage ambulatoire et fusion d'établissements<sup>4</sup>). Il favorise également une clarification des objectifs poursuivis par le système et des moyens à mobiliser pour sa transformation. En effet, bien que la PSM ait visé un changement substantiel de l'organisation et de l'offre des services de santé mentale, les buts poursuivis et surtout les moyens à mettre en œuvre demeuraient ambigus; les PROS, par l'ampleur des objectifs envisagés et l'identification limitée de moyens, ont également peu permis une réforme substantielle de l'organisation des services. Les documents ministériels subséquents, notamment le *Plan d'action pour la transformation*

des services de santé mentale (MSSS, 1998) et les différents Avis du Groupe d'Appui à la transformation<sup>5</sup> (MSSS, 2001a, 2001b, 2002), explicitent les actions à prendre ainsi que les balises qui les structurent pour accélérer la transformation des services. À titre d'exemple, les objectifs visant l'amélioration du «partenariat, de la concertation, de la collaboration entre organisations et professionnels de la santé et de la coordination entre les services» proposés dans différents documents ministériels (MSSS, 1987, 1989) sont progressivement reformulés en termes «d'intégration de services» (MSSS, 1998, 2000, 2001a). On voit ainsi émerger différents projets visant l'amélioration de l'intégration des services sociosanitaires au niveau de la clientèle (ex.: suivi intensif dans la communauté–PACT) et du système (réseaux intégrés de services).

L'accent mis sur le discours relatif à l'intégration des services, au tournant des années 1990-2000, marque un renforcement significatif des efforts en vue de rationaliser, de coordonner les services et d'arrimer l'action des différents partenaires, afin de limiter les duplications de services et de répondre, de la façon la plus pertinente et efficiente, aux besoins diversifiés des personnes. Par rapport à la période précédente, on mise aussi davantage sur l'organisation des services au niveau local plutôt que sur le plan régional. L'organisation de réseaux intégrés de services, qui s'accompagne de la mise en place de différentes stratégies d'intégration clinique (incluant les médecins), structurelle, et administrative ou fonctionnelle (Hoge, Davidson, Griffith, Sledge & Howenstine, 1994; Bachrach, 1996; Mechanic, Schlesinger & McAlpine, 1995; Randolph, Blasinsky, Leginski, Buckley Parker & Goldman, 1997; Fleury & Ouadahi, 2002; Fleury, à paraître), devient l'une des principales voies privilégiées pour réformer le système de santé mentale. Ces réseaux se fondent sur la reconnaissance d'une forte interdépendance des acteurs et des organisations (centres hospitaliers, CLSC, organismes communautaires, intersectoriel, pharmacies, cabinets et cliniques privés, GMF<sup>6</sup>) intervenant dans le champ de la santé mentale et dans un territoire. Ils peuvent prendre diverses formes selon les contextes, les cultures et les besoins locaux. Ainsi, en région rurale ou semi-urbaine, la pénurie des ressources peut être compensée par le déploiement d'une équipe mobilisant l'ensemble des partenaires en santé mentale et

de l'intersectoriel (municipalité, éducation, travail) d'un territoire de municipalité régionale de comté (Équipe MRC–Parenteau, 2002). Dans les régions urbaines, plus riches en ressources et pouvant parfois compter sur la présence d'un hôpital psychiatrique, l'organisation des services de santé mentale peut être, quant à elle, regroupée et arrimée en une structure matricielle de services par territoire et par secteur d'activités (services de traitement, de soutien dans le milieu, travail, logement, etc. – Fleury, à paraître).

En fait, la réforme amorcée à partir de la PSM (1989) et accélérée au tournant des années 1990-2000 peut être interprétée comme visant explicitement à imposer un nouvel archétype (Tableau 1). Les archétypes sont définis comme des structures et des processus, liés à un système d'idées et de valeurs (Greenwood & Hinnings, 1993; Denis, Langley & Cazale, 1995). Ils sont des généralisations de pôles de configuration que le système tend à atteindre. Ainsi, le système de santé mentale avant la réforme (PSM, 1989) est conçu surtout comme un réseau hospitalocentrique. Les services sont surtout de nature psychiatrique et s'appuient sur la notion de maladie mentale. Le système de gestion est structuré en fonction d'objectifs organisationnels et par une «logique politique» qui s'établit suivant les coalitions les plus fortes. Le nouvel archétype se caractérise par un système intégré, formé de plusieurs acteurs organisationnels d'un territoire local ou sous-régional offrant des services diversifiés majoritairement dans la communauté, conservant des pôles de spécialisation établis en fonction d'une hiérarchisation des services. Il s'appuie sur des services cliniques intégrés (ex.: suivi intensif dans la communauté, soins partagés) offerts à partir d'équipes multidisciplinaires. Il favorise aussi une logique d'organisation et d'offre de services fondée sur des données probantes<sup>7</sup> et appuyée par une prise de décision plus démocratique impliquant les acteurs d'un réseau. Autrement dit, la prise de décision est basée de plus en plus sur des résultats de recherche et la considération de l'impact des interventions sur la santé, tout en s'effectuant davantage en concertation avec l'ensemble des gestionnaires et intervenants d'un système de distribution de services.

Tableau 1 : Archétypes du système de santé mentale

Archétype 1 (avant 1989)	Archétype 2 (réforme de la santé mentale)
• maladie mentale	• santé mentale (approche biopsychosociale)
• services psychiatriques et hiérarchisation des services	• services communautaires avec pôles de spécialisation
• système hospitalocentrique	• système intégré à plusieurs acteurs organisationnels
• gestion politique et par objectifs organisationnels	• services intégrés offerts par des équipes multidisciplinaires
	• gestion régionale et locale par résultats, basée sur des données probantes

## Conclusion

L'institutionnalisation de l'organisation des services de santé mentale au Québec résulte d'un parcours sinueux, ponctué par des phases de répression / enfermement de la marginalisation, de médicalisation / guérison de la folie et d'intégration / réadaptation sociale de la personne aux prises avec des problèmes de santé mentale. Religieux, psychiatres, omnipraticiens, professionnels de la santé et partisans d'alternatives à la psychiatrisation du malade se sont successivement promus comme les guérisseurs de ce malaise social qu'est la gestion des problèmes du « désordre du comportement ». Sans vouloir minimiser l'importance du déploiement du système de traitement des maladies mentales avant les années 1960, l'organisation de ces services au Québec marque des avancées significatives surtout à partir de cette décennie. C'est lors de cette dernière que la gestion publique de l'organisation de ces services se développe. Après la réforme Bédard (1962), qui annonce l'âge d'or de la psychiatrie, les décennies suivantes sonnent graduellement le glas à une conception hospitalocentrique de la gestion de ces problèmes sociaux, l'hôpital psychiatrique transférant peu à peu ses ressources dans la communauté pour se limiter à la dispensation des services de deuxième et de troisième lignes<sup>8</sup>.

À partir des années 1990, le concept de réseaux intégrés de services en santé mentale, qui se définit comme un espace d'offre de soins et d'activités dispensés par un ensemble de distributeurs coordonnant leurs services afin de répondre

aux besoins variés d'une clientèle d'un territoire, s'impose progressivement comme le référent de la structuration de ce système. Confrontée à des difficultés de légitimité, d'efficacité et à la croissance de la marginalisation, la gestion du social, fortement étatique lors de la période de la Révolution tranquille, est de plus en plus déléguée aux régions et localités ainsi qu'aux ressources communautaires et à l'intersectoriel. D'une logique fortement technocrate et profes-

sionnelle, les services tendent à être davantage régulés par une logique de concertation, impliquant une prise de décision avec le milieu local d'intervention et considérant la communauté comme une composante centrale de ce dispositif. La PSM (MSSS, 1989) et les orientations politiques qui suivent (MSSS, 1998, 2001a, 2001b, 2002) renforcent les différents développements en ce domaine, l'emphase se concentrant sur l'usager, la décentralisation, la communautarisation et la diversification des services par la création de réseaux intégrés de services. La PSM témoigne d'un tournant important, puisqu'elle souligne la volonté publique de réaliser une réforme en ce secteur et trace les cadres d'opérationnalisation de la restructuration du système, lesquels sont renforcés dans les orientations subséquentes.

Bien que des efforts substantiels ont été menés en vue de mieux répondre aux besoins de la clientèle en santé mentale, plusieurs problèmes demeurent toujours criants. Notons, d'entrée de jeu, l'insuffisance du financement du secteur de la santé mentale, qui contraint fortement la mise en place d'une gamme adéquate de services. L'iniquité interrégionale rend particulièrement criant ce problème dans certains territoires régionaux (ex.: Montérégie, Laval, Laurentides, Lanaudière). La désinstitutionnalisation est également loin d'être complétée, les services ayant insuffisamment été transférés dans des ressources plus légères. On peut néanmoins souligner le rôle de plus en plus primordial joué par les organismes communautaires et les CLSC dans le secteur de la santé mentale, particulièrement concernant les troubles graves et persistants. Plusieurs services répondent aussi

inadéquatement aux besoins, spécialement le soutien à l'hébergement, l'intégration au travail, le suivi dans la communauté et les services de crises pour n'en citer quelques-uns. Il y aurait également lieu de mieux insérer le travail des médecins de famille à l'organisation des services de santé mentale et aux réseaux intégrés de services, puisqu'ils interviennent significativement auprès de cette clientèle et qu'environ la moitié de cette dernière ne consulterait pas d'autres ressources (Kates, Craven, Crustolo & Nilolaou, 1997). Le développement de la pratique des soins partagés (Kates, 2002), peu déployée au Québec, représente notamment une solution à une meilleure intégration des médecins de famille aux réseaux de santé mentale.

En fait, les recherches que nous poursuivons et la littérature sur le changement et l'implantation soulignent l'importance du développement « d'outils d'opérationnalisation » des changements à mettre en œuvre. À ce sujet, Shortell *et al.* (1993) soulignent le fait que la plupart des réformes du système de santé ne réussissent pas en raison de l'inadéquation de leurs stratégies d'implantation. La mise en œuvre d'une réforme constitue un processus complexe dont les probabilités de succès seraient estimées à moins de 50 % (Pressman & Wildavsky, 1973). Pour contrer la difficulté d'implantation de changement et soutenir les négociations entre les organisations et les acteurs, des stratégies normatives, formatives, informatives, financières, managériales, cliniques, adaptatives et coercitives peuvent être identifiées, lesquelles s'appuient sur le déploiement de différents mécanismes et tactiques d'intervention (ratio d'hospitalisation et de durée de séjour,

déploiement des ressources dans la communauté versus en établissement; modèles cliniques à développer ayant démontré des effets probants tels que la gestion de cas, le suivi intensif dans la communauté, les soins partagés, les services mobiles d'intervention d'urgence...—Goldner, 2002).

De l'ensemble de la littérature sur le changement et l'implantation, relevons aussi l'importance de certaines conditions contextuelles du succès de la mise en œuvre de réformes telles que l'identification de problèmes communs, la reconnaissance de l'expertise des partenaires, l'intérêt à collaborer, l'existence d'idéologies conciliables, une répartition adéquate du pouvoir entre les organisations ainsi que la présence d'un leadership collectif pour énoncer quelques exemples (Gray, 1985; Fleury, Mercier & Denis, 2002). La persistance d'importants conflits entre les institutions du réseau de la santé et les ressources alternatives, l'écart significatif des conditions salariales entre les intervenants du secteur hospitalier et ceux du communautaire, la pénurie du personnel de santé, restreignant particulièrement le suivi médical et psychiatrique de la clientèle ainsi que la difficulté d'intégration du communautaire et de l'intersectoriel au réseau de la santé mentale constituent encore d'autres d'éléments qui nuisent au succès des réformes. Il importe donc d'identifier autant les cadres de restructuration des changements (objectifs ciblés et moyens d'intervention) soit au niveau central, régional et/ou local que les conditions contextuelles à atteindre et les stratégies d'implantation encadrant le succès des réformes. Dans cette voie, le système de santé mentale s'est sensiblement modifié, mais bien des efforts restent à fournir. ▣

## Notes

1—En 1970, le ministère de la Santé a fusionné avec celui de la Famille et du Bien-être social pour devenir le ministère des Affaires sociales (MAS). Depuis 1985, le MAS est devenu le ministère de la Santé et des Services sociaux.

2—Le concept de santé mentale est considéré à partir d'un modèle écologiste qui intègre, au delà de la maladie, l'adaptation d'une personne à son milieu, l'état de son bien-être et l'actualisation de sa personne (appropriation du pouvoir). Cette conception entraîne une intervention non seulement médicale, mais aussi sociale (ex.: logement, travail, réadaptation et intégration sociale, loisir, etc.).

3—L'intersectoriel comprend les différentes « organisations engagées dans des secteurs dont les actions peuvent influencer la promotion de la santé mentale, la prévention et la réinsertion sociale [police, justice, éducation, travail, etc.] (Wallot, 1998, p. 347) ».

4—Notons la diminution importante du nombre de lits psychiatriques ainsi que de la durée de séjour. Par exemple, le nombre de lits psychiatriques est passé au Québec de 20000 lits en 1962, de 8975 en 1983, de 6830 en 1990, de 6062 (0,83 lit par 1000 habitants) à 4779 en 1997 (0,64 lit pour 1000 habitants). Cette réduction devrait se poursuivre, puisqu'on vise à atteindre un ratio de 0,4 lit pour 1000 personnes en 2002 (0,25 pour les hospitalisations de courte durée et 0,15 pour les hospitalisations de longue durée) (Kovess *et al.*, 2001).

5—Le Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale a été mis sur pied de l'automne 1999 à 2002 par la ministre de la Santé et des Services sociaux afin d'évaluer l'implantation du Plan d'action (MSSS, 1998) et de la conseiller sur les orientations prioritaires en santé mentale.

6—Nous aimerions souligner le rôle central des médecins de famille en santé mentale, qu'ils exercent en cabinet privé, en clinique médicale, en CLSC ou dans le nouveau cadre multidisciplinaire des Groupes de médecine familiale (GMF). La plupart des études soulignent que plus de 80% de la population consultent leur médecin de famille chaque année, et que plus du tiers des rendez-vous médicaux concernent un problème identifié de santé mentale. Plus de 50% de la population souffrant de troubles mentaux recevraient des soins de santé mentale de leur médecin de famille, sans recourir à d'autres distributeurs de soins (Kates *et al.*, 1997).

7—Le concept d'«Evidence-based medicine» a été proposé comme un nouveau paradigme au début des années 1990. Au Canada, le Forum national sur la santé peut être retracé comme l'évènement marquant l'importance sans précédent de ce concept. Les racines du mouvement peuvent néanmoins être retracées à partir des années 1970 (Niessen, Grijseels & Rutten, 2000; Beaulieu, Battista & Blais, 2001).

8—On estime à 30% environ les dépenses des centres hospitaliers psychiatriques et des départements de psychiatrie des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, destinées aux services extrahospitaliers dans la communauté (Kovess *et al.*, 2001).

## Références

- Bachrach, L.L. (1997). L'état des hôpitaux psychiatriques publics aux États-Unis en 1996. *Santé mentale au Québec*, 22 (2):33-52.
- Bachrach, L.L. (1996). Managed Care:1. Delimiting the Concept. *Psychiatric Services*, 46 (2):29-1230.
- Beaulieu, M.-D., Battista, R.N., & Blais, R. (2001). À propos de l'«Evidence-based medicine». *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 7 (2):120-134.
- Bédard, D., Lazure, D., & Roberts, C.A. (1962). *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*. Québec:Ministère de la Santé du Québec.
- Bordeleau, L. (1996). Orientations et priorités régionales. In M. Tremblay, H. Nguyen et J. Turgeon (dir.), *La planification régionale des services sociaux et de santé* (pp. 65-77). Québec:Les Publications du Québec.
- Boudreau, F. (1984). *De l'asile à la santé mentale. Les soins psychiatriques:histoire et institutions*. Montréal:Éditions Coopératives Albert Saint-Martin.
- Bozzini, L. (1986). L'expertise et la hiérarchie sanitaires en question. In L. Bozzini, M. Renaud, D. Gaucher & J. Llambas-Wolff (dir.), *Médecine et Société, les années 80* (pp. 339-424). Montréal:Éditions Saint-Martin.
- Cahn, C.H. (1981). *Hôpital Douglas. 100 ans d'histoire et de progrès*. Montréal:Hôpital Douglas.
- Castel, R. (1976). *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. Paris:Minuit.
- Cellard, A. (1991). *Histoire de la folie au Québec de 1600 à 1850*. Montréal:Éditions du Boréal.
- Corin, E., Tessier, L., Séguin-Tremblay, G., Bozzini, L., & Grunberg, F. (pour le C.S.M.Q., M.S.S.S.). (1986). *Sortir de l'asile*. Québec:Les Publications du Québec.
- Corin, E., Bibeau, G., Martin, J.C., & Laplante, R. (1990) *Comprendre pour soigner autrement. Repères pour régionaliser les services de santé mentale*. Montréal:Les Presses de l'Université de Montréal.
- Denis, J.-L., Langley, A., & Cazale, L. (1995). Peut-on transformer les anarchies organisées? Leadership et changement radical dans un hôpital. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 2 (2):165-189.
- Dorvil, H. (1988). *De l'Annonciation à Montréal. Histoire de la Folie dans la Communauté 1962-1987*. Montréal:Les Éditions Emile-Nelligan.
- Dorvil, H., & Gagné, J. (1992). La délicate cohabitation du communautaire et de l'institutionnel en santé mentale. Entrevue avec le ministre Marc-Yvan Côté. *Nouvelles pratiques sociales*, 2:8-23.
- Dorvil, H., & Guttman, H.A. (1997). 35 ans de désinstitutionnalisation au Québec 1961-1996. In H. Dorvil, H.A. Guttman, N. Ricard, N. & A. Villeneuve, *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale: Québec :Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux*.
- Fleury, M.J. (à paraître). Models of Integrated Services Networks and Key Conditions for their Operationalization.
- Fleury, M.J., Denis, J.L. Sicotte, C., & Mercier, C. (2004). La transformation des services de santé mentale et le rôle des PROS. *Recherches sociographiques*, XLV (1): 105-127.
- Fleury, M.J., Denis, J.L., & Sicotte, C. (2003). The role of regional planning and management strategies in the transformation of the healthcare system. *Health Services Management Research*, 15:1-14.
- Fleury, M.J., & Ouadahi, Y. (2002). Stratégies d'intégration, régulation et moteur de l'implantation de changement. *Santé mentale au Québec*, 27 (2):16-36.
- Fleury, M.J., & Mercier, C. (2002). Integrated Local Networks as a Model for Organizing Mental Health Services. *Administration and Policy in Mental Health*, 30: 55-73.
- Fleury, M.J., Mercier, C., & Denis, J.L. (2002). Regional Planning Implementation and its Impact on Integration of a Mental Health Care Network. *The International Journal of Health Planning and Management*, 17:1-19.

- Fleury, M.J., & Denis, J.L. (2000). Bilan de la mise en œuvre et des effets des programmes régionaux d'organisation des services (PROS) comme stratégies d'implantation de la réforme des services de santé mentale au Québec. *Santé mentale au Québec*, 25 (1):7-19.
- Gervais, M., Gauthier, L., & Gélinas, L. (1997). La réhabilitation de l'hôpital psychiatrique: Une question d'audace et de synergie. *Santé mentale au Québec*, 22 (2): 137-153.
- Goldner, E.M. (2002). *Série de rapports de synthèse. La santé mentale*. Fonds pour l'adaptation des services de santé, Santé Canada.
- Gray, B. (1985). Conditions Facilitating Interorganizational Collaboration. *Human Relations*, 38 (10):911-936.
- Grenier, G. (1999). *Les monstres, les fous et les autres. La folie criminelle au Québec*. Montréal: Éditions Trait d'union.
- Grenier, G. (1994, avril). Doctrine de la dégénérescence et institution asilaire au Québec (1885-1930). In J.-P. Goubert & O. Keel (dir.), *Polysémie de la santé, Cahiers du centre de recherches historique* (pp. 105-115), 12.
- Grenier, G. (1990). *L'implantation et les applications de la doctrine de la dégénérescence dans le champ de la médecine et de l'hygiène mentale au Québec entre 1885 et 1930*. Mémoire de maîtrise (histoire), Université de Montréal.
- Greenwood, R., & Hinings, C.R. (1993). Understanding Strategic Change: The Contribution of Archetypes. *Academy of Management Journal*, 36, (5):1052-1081.
- Harnois, G.P. (1996). Un virage ambulatoire, mais pour qui? *Santé mentale au Québec*, 21 (1):27-32.
- Harnois, G., & CPSMQ. (1987). *Pour un partenariat élargi, Projet de politique de santé mentale pour le Québec*. Québec: Publications du Québec.
- Henderson, C., & Thornicroft, G. (1997). Le statut de la désinstitutionnalisation en Grande-Bretagne. *Santé mentale au Québec*, 22 (2):88-114.
- Hoge, M.A., Davidson, L., Griffith, E.H., Sledge, W.H., & Howenstine, R.A. (1994). Defining Managed Care in Public-Sector Psychiatry. *Hospital and Community Psychiatry*, 45 (11):1085-1089.
- Kates, N. (2002). Nouvelles approches. Collaboration entre dispensateurs de soins primaires et de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 27 (2):93-108.
- Kates, N., Craven, M., Crustolo, A., & Nilolaou, L. (1997). Integrating Mental Health Services into the Family Physician Office: A Canadian Program. *General Hospital Psychiatry*, 42 (9):960-965.
- Keating, P. (1993). *La science du mal. L'institution de la psychiatrie au Québec, 1800-1914*. Montréal: Boréal.
- Kovess, V., Lesage A., Boisguerin B., Fournier L., Lopez A., & Ouellet, A. (2001). *Planification et évaluation des besoins en santé mentale* (sous la direction du Comité de la santé mentale du Québec et de la Direction générale de la santé en France, ed.). France: Flammarion.
- Lamoureux, J. (1994). *Le partenariat à l'épreuve*. Montréal: Éditions Saint-Martin.
- Lecomte, Y. (1997). De la dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale au Québec*, 22 (2):7-24.
- Ministère des affaires sociales. (1981). *Rétrospective. Comité de la santé mentale du Québec: 10 années d'activités, août 1971 - août 1981*. Québec.
- Ministère des affaires sociales. (1985). *La santé mentale. Direction - An 2000*. Document de planification en santé mentale élaboré à partir des avis du C.S.M.Q. dans la perspective d'une prise de décision. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (1989). *La Politique de la santé mentale*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (1997). *Bilan de l'implantation de la Politique de santé mentale*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (1998). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2000). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale: état d'avancement des travaux. Document de travail préliminaire, Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale*, pp. 1-25.

- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2001). De l'innovation au changement. *FASS*, dirigé par P. Joubert.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2001a). *Évolution du nombre d'établissements publics et privés dans le réseau sociosanitaire québécois*. Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation, Direction de la gestion de l'information, Service de développement de l'information. Québec:Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2001b). *Accentuer la transformation des services de santé mentale, Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000*. Québec:Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2002). *Lignes directrices pour l'implantation des réseaux de services intégrés*. Québec:Gouvernement du Québec.
- Mechanic, D., Schlesinger, M., & McAlpine, D.D. (1995). Management of Mental Health and Substance Abuse Services: State of the Art and Early Results. *The Milbank Quarterly*, 73 (1):19-55.
- Niessen, L.W., Grijseels, E.W.M., & Rutten, F.H. (2000). The Evidence-based Approach in Health Policy and Health Care Delivery. *Social Science & Medicine*, 51: 859-869.
- Pagé, J.C. (1961). *Les fous crient au secours, témoignage d'un ex-patient de Saint-Jean-de-Dieu*. Montréal:Les éditions du Jour.
- Paradis, A. (1993). De Condillac à Pinel ou les fondements philosophiques du traitement moral. *Philosophiques*, 20 (1):69-112.
- Paradis, A. (1998). L'asile, de 1845 à 1920. In N. Séguin (dir.), *Atlas historique du Québec, L'institution médicale* (pp. 37-73). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Parenteau, J.L. (2002). Les équipes MRC en santé mentale dans la région Chaudière-Appalaches. Bilan d'une expérience de mise en réseau. *Santé mentale au Québec*, 27 (2):37-53.
- Pressman, J.L., & Wildavsky, A. (1973). *Implementation. How Great Expectations in Washington are Dashed in Oakland*. Berkeley: University of California Press.
- Randolph, F.L., Blasinsky, M., Leginski, W., Buckley Parker, L., & Goldman, H.H. (1997). Creating Integrated Service Systems for Homeless Persons with Mental Illness: The ACCESS Program. *Psychiatric Services*, 48 (3): 369-373.
- Santé Canada, (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa.
- Saucier, J.F. (1987). Les politiques en santé mentale sont-elles génératrices de mouvements ou d'illusions?. In Cosame, *Pour un réseau autonome en santé mentale (PRASM)* (pp. 45-47). Recueil de textes. Québec:GIFRIC.
- Shortell, S.M., Kellogg, J.L., Gillies, R.R., Anderson, D.A., Mitchell, J.B., & Morgan, K.L. (1993). Creating Organized Delivery Systems: The Barriers and Facilitators. *Hospital and Health Services Administration*, 38 (4):447-466.
- Tremblay, M. (1996). Virage ambulatoire à Québec: l'équilibre en tête. *Santé mentale au Québec*, 21 (1):97-110.
- Tuke, D.H. (1885). *The Insane in the United States and Canada*. Londres:H.K. Lewis.
- Turgeon, J., & Anctil, H. (1994). Le ministère et le réseau public. In *Le système de santé au Québec. Organisation, acteurs et enjeux* (pp. 79-106). Québec: Presses de l'Université de Laval.
- Wallot, H. (1998). *La danse autour du fou. Survol de l'histoire organisationnelle de la prise en charge de la folie au Québec depuis les origines jusqu'à nos jours*. Beauport: Publications MNH.
- White, D. (1993). Les processus de réforme et la structuration locale des systèmes. Le cas des réformes dans le domaine de la santé mentale au Québec. *Sociologie et société*, 25:77-97.
- White, D., & C. Mercier, C. (1991). The Coordination of Community and Public Institutional Mental Health Services. Some Unintended Consequences. *Social Science and Medicine*, 33 (6):729-739.
- White, D., Mercier, C., Desbiens, F., & Roberge, M.C. (1994). *Le développement des ressources communautaires en santé mentale. Étude des processus de réforme*. Rapport final présenté au Programme national de recherche et de développement en Santé et Bien-être Canada.

## Abstract

*This article traces the institutionalization of mental health services in Quebec until the elaboration of the Mental Health Policy (M.H.P., 1989). By a retrospective that focuses on the evolution of that sociosanitary system, this article aims at better understanding the issues and challenges that currently faced the organization development of the mental health system. The reform of that sector is articulated today around the M.H.P. objectives which are still implemented in sociosanitary regions. The roots of this system transformation nevertheless originated from the psychiatric reform during the 60's. After that period, the organization of mental health care is continually oriented by a decentralization, an emphasis on community services and a diversification of those activities, in order to improve the breath of services giving to clients and to introduce a more integrated and efficient system.*

## Biographies

**Marie-Josée Fleury** détient une maîtrise en histoire de la médecine et un doctorat en santé publique. Elle est professeur adjoint au Département de psychiatrie de l'Université McGill, professeur associé au Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal et chercheur au Centre de recherche de l'Hôpital Douglas. Ses champs d'expertise comprennent l'analyse organisationnelle et l'évaluation des services de santé. Plus spécifiquement, elle dirige plusieurs recherches relatives à la mise en réseaux intégrés de services dans le secteur de la santé mentale.

**Guy Grenier** a complété à l'Université de Montréal une maîtrise et un doctorat portant sur l'histoire de la psychiatrie au Québec. Il a aussi été stagiaire postdoctoral au département de criminologie de l'Université d'Ottawa. Il est actuellement professionnel de recherche à la division de recherche psychosociale de l'Hôpital Douglas à Montréal et participe activement aux recherches de Marie-Josée Fleury relatives à la mise en réseaux intégrés de services dans le secteur de la santé mentale.