

Santé mentale

Politiques et programmes canadiens et québécois

Pourquoi s'intéresser aux politiques en matière de santé?

Les politiques et programmes publics sont les principaux moyens d'intervention du gouvernement. Leur mise en œuvre devrait permettre d'améliorer la santé en combattant les injustices sociales et en réduisant les inégalités de santé.

Il faut cependant admettre que les inégalités de genre sont encore bien réelles et qu'elles ont un impact particulièrement important sur la santé des femmes. Entre autres, les femmes ont un pouvoir économique plus faible que les hommes. Elles sont aussi désavantagées par les nombreuses pressions sociales qu'elles subissent. De plus, bon nombre font encore l'objet de violences physiques ou morales au quotidien.

Les politiques québécoises et canadiennes devraient tenir compte de ces facteurs, c'est-à-dire des déterminants sociaux de la santé. Trop souvent, le discours des politiques semble nier l'importance de ces déterminants au lieu de les prendre en compte, et de proposer des mesures pour réduire les inégalités de genre.

Ce document fait partie d'une série de publications qui analysent les politiques et programmes canadiens et québécois qui ont un lien avec la santé. L'objectif est d'en améliorer la compréhension et d'en faire ressortir les lacunes s'il y a lieu.

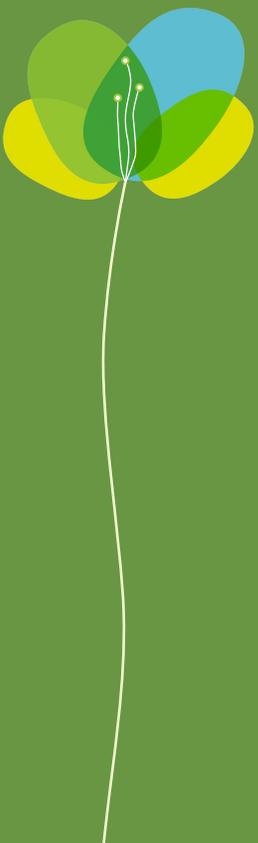


TABLE DES MATIÈRES

.....

3	INTRODUCTION
5	VOS DROITS
6	ACTIONS ET POLITIQUES QUÉBÉCOISES (de 2005 à aujourd'hui)
7	Guide pratique sur les droits en santé mentale
8	L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide - cadre de référence
10	Cadre de référence pour la promotion, le respect et la défense des droits en santé mentale
11	Cadre de référence national pour la conclusion d'ententes de services entre les centres de santé et de services sociaux et les centres de réadaptation en déficience intellectuelle
12	Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens
14	Plan stratégique 2005-2010 du MSSS
15	Plan d'action. Orientation ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques
16	ACTIONS ET POLITIQUES FÉDÉRALES
17	La Commission de la santé mentale du Canada
18	BIBLIOGRAPHIE / STATISTIQUES
.....	
20	ANNEXES
20	Annexe 1 Principales politiques de 1962 à 2004
34	Annexe 2 Déinstitutionalisation
35	Annexe 3 Système asilaire
36	Annexe 4 Communautarisation
38	Annexe 5 Bibliographie complémentaire

INTRODUCTION

.....

Selon une approche globale, la santé mentale se définit comme un équilibre psychologique et mental qui permet à la personne de s'adapter et de fonctionner dans sa vie. Quand elle vit des problèmes de santé mentale la personne se désorganise et a du mal à fonctionner dans un ou plusieurs domaines de sa vie.

« [La santé mentale] est, en quelque sorte, la capacité de vivre dans une harmonie relative compte tenu de la convergence des pressions internes et externes avec lesquelles doit composer chaque personne. Les tensions psychologiques relèvent d'un discours inconscient- de maux non dits. Les pressions externes, d'une part, relèvent de notre environnement immédiat (famille, travail, etc.) et d'autre part, dans son sens le plus large, de la société en général (héritage culturel, social, politique, etc.). » (DOYON, 1990)

Ainsi, le contexte social et politique, la pauvreté, les responsabilités envers des parents vieillissants, la double tâche de travail à l'extérieur et à la maison, l'isolement, le manque de soutien informel de groupe ou individuel et l'exclusion ont un impact sur la santé mentale des femmes.

Les événements de la vie, les tensions au quotidien, la faible estime de soi, les surcharges de travail, les mauvais traitements, les difficultés et les abus économiques, la précarité d'emploi, les difficultés avec les enfants, le harcèlement et la violence contribuent aussi à fragiliser ou tout au moins à éprouver la santé mentale.

Dans le contexte actuel d'accroissement des inégalités sociales, la pauvreté est un facteur qui affecte tout particulièrement la santé mentale des femmes.

.....

Quelques statistiques sur la santé mentale

- En 2003, au Québec 29,5 % des femmes contre 28,1 % des hommes disent éprouver un stress quotidien élevé.
- En 2000-2001, au Québec, plus de femmes que d'hommes ont vécu un épisode dépressif majeur (9,9 % contre 5,9 %).
- En 2003, au Québec, plus de femmes que d'hommes ont consulté une ressource professionnelle de la santé au sujet de leur santé mentale (10,5 % contre 5,6 %).

Quelques statistiques sur la pauvreté

- En 2000, au Québec, plus de femmes que d'hommes vivent sous le seuil de faible revenu (20,8 % contre 17,3 %).
- Les Montréalaises sont les plus touchées : 30,6 % des Montréalaises contre 27,3 % des Montréalais, et 20,8 % des femmes de l'ensemble du Québec.
- En 2003, au Québec, plus de femmes que d'hommes sont touchées par l'insécurité alimentaire (14,7 % contre 11,4 %). Les Montréalaises (16,4 %) sont plus touchées que les Montréalais (14,9 %) et que les femmes de l'ensemble du Québec (14,7 %).

VOS DROITS

.....

Historiquement, sur le plan juridique, les sujets les plus importants touchant la santé mentale ont été le consentement aux soins (et la capacité du patient ou de la patiente), ainsi que la garde en établissement hospitalier. Ces sujets sont traités notamment par certaines dispositions du [Code civil du Québec](#), ainsi que par la [Loi sur les services de santé et les services sociaux](#).

Dans la [Loi sur les normes du travail](#), on se préoccupe également de santé mentale : on adopte des dispositions au sujet du harcèlement psychologique au travail. Selon la Commission des normes du travail, le harcèlement psychologique est « une conduite vexatoire qui se manifeste [...] par des comportements, des paroles, des actes ou des gestes » qui sont hostiles ou non désirés et portent atteinte à la dignité de la personne qui les subit.

Le harcèlement discriminatoire est interdit par la [Charte des droits et libertés de la personne](#). Un lien doit être établi entre le harcèlement et l'un des motifs de l'article 10 de la Charte (sexe, handicap, origine ethnique ou nationale, orientation sexuelle, etc.).

.....

Site Internet de la Commission des normes du travail (CNT) :

<http://www.cnt.gouv.qc.ca/>

Section du site Internet de la CNT portant sur le harcèlement psychologique au travail :

<http://www.cnt.gouv.qc.ca/en-cas-de/harcelement-psychologique/index.html>

Site Internet de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) :

<http://www.cdpdj.qc.ca>

Section du site Internet de la CDPDJ expliquant les concepts de discrimination et harcèlement :

<http://www.cdpdj.qc.ca/info/droits-de-la-personne/Discrimination/Pages/default.aspx>

ACTIONS ET POLITIQUES QUÉBÉCOISES DE 2005 À AUJOURD'HUI

.....

Guide pratique sur les droits en santé mentale

Date 2009 (actualisation de la version de 1999)

Site internet

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-914-05F.pdf>

Objectifs

Ce *Guide* « a été conçu à l'intention des membres de la famille et de l'entourage des personnes ayant des problèmes de santé mentale, et vise principalement à les informer sur des questions d'ordre juridique et à répondre à leurs préoccupations à cet égard .»

Il cible les préjugés à l'égard des personnes aux prises avec une maladie mentale, lesquels, la plupart du temps, sont dus à une méconnaissance de la maladie mentale :

« Cette stigmatisation s'ajoute aux souffrances et aux contraintes qui pèsent sur la personne atteinte d'une maladie mentale et peut conduire à son exclusion sociale. Les maladies mentales ne sont pas des faiblesses personnelles. Le mot le dit : ce sont des maladies, et elles peuvent être soignées. La meilleure arme contre les préjugés à l'égard de la maladie mentale est l'information. »

Spécificités concernant les femmes

Aucune

Bilans / Constats / Lacunes

- > Le Guide propose une information à jour et facile d'accès sur les droits liés à la santé mentale.
- > Il aborde des thèmes tels que le consentement aux soins, la garde en établissement hospitalier, le secret professionnel et la confidentialité, l'accès au dossier médical, le droit aux services, les régimes de protection, ainsi que le processus testamentaire.
- > Il se démarque par sa vulgarisation du discours juridique, dans le but de rendre à la personne atteinte de problèmes de santé mentale ainsi qu'à sa famille une certaine autonomie en milieu hospitalier.

L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide - cadre de référence

Date Septembre 2006

Site internet

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-247-02.pdf>

Note Une sentinelle est une personne bénévole qui, par le biais d'une formation offerte gratuitement par des professionnelles, a appris à reconnaître les comportements suicidaires et qui sait comment y réagir. Elle accueille la personne en détresse ou ses proches et les oriente vers de l'aide en prévention du suicide.

« En 2003, dans son Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), recommandait l'établissement de réseaux de sentinelles comme mesure faisant partie d'une intervention globale en prévention du suicide. » (p. 5)

Plusieurs organismes ont participé à la mise en œuvre de ce cadre, par exemple l'Association québécoise de prévention du suicide, la Direction de santé publique de la Montérégie, les centres de prévention du suicide, les centres de santé et de services sociaux ainsi que les agences de la santé et des services sociaux.

Objectifs

Les objectifs du Cadre de référence sont de préciser qui sont les sentinelles et de définir leur rôle, de déterminer la contribution des réseaux de sentinelles à la prévention du suicide, de préciser le processus de l'implantation d'un tel réseau et de définir les conditions pour réussir l'implantation de ces réseaux au Québec. (p. 10)

Spécificités concernant les femmes

Seulement présente dans les statistiques.

Bilans / Constats

- > 278 femmes se sont suicidées contre 931 hommes, en 2003, au Québec. (p. 14) Pour ce qui est des hommes, la progression du suicide s'observe dans tous les groupes d'âge, mais de façon beaucoup plus marquée chez les 15-19 ans et les 30-49 ans. (p. 17)
- > Il y a peu de variation dans les taux de suicide : 7,6/100 000 personnes chez les femmes contre 27,9/100 000 personnes chez les hommes. (p. 14) Il n'y a pas vraiment de variation pour les années 1978-1979 à 2001-2003, sauf chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans : le taux a plus que doublé. Les jeunes femmes adoptent de plus en plus le comportement des jeunes hommes.
- > Les femmes se comportent également de plus en plus comme les hommes quant au moyen utilisé : les femmes se suicident maintenant davantage par pendaison qu'à l'aide de médicaments. (p. 17)
- > Il est rapporté que, selon *l'Enquête sociale et de santé 1998* et contrairement à l'idée généralement véhiculée, les femmes ne sont pas plus nombreuses que les hommes à avoir des idées suicidaires ou à faire une tentative de suicide. (p. 19) Cette question demeure toutefois très difficile à quantifier.
- > Les taux de suicide observés au Québec sont plus élevés dans les régions les plus éloignées et les plus rurales. (p. 18)

Lacunes

Cette publication est axée plus sur la mise en œuvre de réseaux de sentinelle que sur l'aide qu'ils pourraient apporter. Lors de l'explication de cette implantation, aucune mention n'est faite d'une différence pour la méthode d'approche et d'écoute entre les hommes et les femmes.

Cadre de référence pour la promotion, le respect et la défense des droits en santé mentale

Date 2006

Site internet

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-914-01.pdf>

Note Démarche conjointe avec l'Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale (AGIDD-SMQ)

Objectifs

- > Actualiser le mandat et le rôle des groupes de défense des droits en santé mentale du Québec.
- > En reconnaître l'évolution, en assurer une meilleure compréhension par le milieu.
- > Favoriser le rayonnement et la portée de ces groupes.

Spécificités concernant les femmes

Aucune

Bilans / Constats / Lacunes

Ce Cadre de référence est une actualisation, sans grandes nouveautés, du premier *Cadre de référence des groupes régionaux de promotion et de défense des droits en santé mentale* produit dès 1990. Il peut être utile pour une meilleure compréhension des mandats, des principes, des rôles et des spécificités des groupes de promotion et des droits en santé mentale.

Cadre de référence national pour la conclusion d'ententes de services entre les centres de santé et de services sociaux et les centres de réadaptation en déficience intellectuelle

Date 2005

Site internet

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-809-01.pdf>

Objectifs

Le Cadre de référence a pour objectif de :

« (...) soutenir l'élaboration des ententes de services entre les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les centres de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (CRDITED). Ces ententes doivent garantir des services de qualité, accessibles, continus et complémentaires aux personnes présentant une déficience intellectuelle et à celles présentant un trouble envahissant du développement. » (p. 9)

Spécificités concernant les femmes

Aucune

 **Bilans / Constats / Lacunes**

C'est un cadre de référence qui vise à faciliter et à clarifier les engagements entre les CSSS et les CRDI. « Ces ententes doivent garantir des services de qualité, accessibles, continus et complémentaires aux personnes présentant une déficience intellectuelle et à celles présentant un trouble envahissant du développement. » (p. 9)

Plan d'action en santé mentale 2005-2010 La force des liens

Date 2005

Site internet

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>

Note Ce Plan d'action remplace le *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* (1998).

Objectifs

« L'objectif général poursuivi par le présent plan d'action est de doter le Québec d'un système efficient de santé mentale reconnaissant le rôle des personnes utilisatrices et offrant l'accès à des services de traitement et à des services de soutien pour les enfants, les jeunes et les adultes de tout âge ayant un trouble mental, ainsi que pour les personnes présentant un risque suicidaire. » (p. 12)

- > Favoriser la participation des personnes utilisatrices de services et de leurs proches dans les structures de décision
- > Réduire la stigmatisation et la discrimination entourant la maladie mentale pour la population en général
- > Assurer un passage fluide des services courants vers les services de santé mentale de première ligne pour toutes les personnes qui en ont besoin
- > Offrir des services d'intervention de crise 24 heures/7 jours à toute la population
- > Pour les enfants et les jeunes ayant un trouble mental :

- évaluer et traiter les troubles mentaux dans les services de première ligne
 - évaluer et traiter les troubles mentaux dans les services de deuxième ligne
 - organiser la hiérarchie des services
 - mettre en place des mesures de soutien aux études
 - achever la mise en place d'équipes de deuxième niveau
- > Pour les adultes ayant un trouble mental :
- évaluer et traiter les troubles mentaux dans les services de première ligne
 - évaluer et traiter les troubles mentaux dans les services de deuxième ligne
 - organiser la hiérarchisation des services
 - assurer des mesures de soutien dans la communauté pour les personnes les plus vulnérables
 - améliorer les services de soutien aux personnes vivant dans un logement autonome
 - favoriser l'intégration au travail des personnes ayant un trouble mental
- > Pour les personnes à potentiel suicidaire élevé :
- rejoindre les personnes en difficulté ou en situation de crise, particulièrement les hommes adultes, et intervenir auprès d'eux
 - assurer l'identification, l'évaluation, la prise en charge et le suivi des personnes à potentiel suicidaire élevé
 - établir une collaboration entre les divers programmes visés

Spécificités concernant les femmes

Aucune

Il est précisé que les hommes se suicident davantage que les femmes. Or, le suicide est la grande priorité : « La priorité qu'il faut accorder à la réduction des décès par suicide, ce qui suppose l'amélioration des services destinés aux personnes à potentiel suicidaire élevé dans tous les groupes d'âge et, spécialement, aux hommes ». (p. 11). Aucun élément du plan ne cible les femmes

La Table des groupes de femmes de Montréal estime que le PASM tient compte des femmes uniquement lorsqu'il s'agit d'évaluer les besoins découlant des dysfonctionnements familiaux. Les femmes ne sont pas considérées pour elles-mêmes mais identifiées comme soutiens familiaux quand elles ne sont pas désignées comme responsables de ces dysfonctionnements. (TABLE DES GROUPES DE FEMMES DE MONTRÉAL, 2009)

La politique ne tient aucunement compte de l'approche différenciée selon le sexe (ADS) ou de l'intersectionnalité.

Bilans / Constats / Lacunes

Malgré de beaux énoncés de principe, cette politique ne tient pas compte des besoins de la personne. Selon le RRASMQ : « Le plan d'action s'inscrit en continuité avec la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux (...) [et] concerne essentiellement les structures et les établissements du réseau » (p. 6).

De plus, aucun élément du plan ne cible « les personnes immigrantes ou réfugiées et les personnes en situation de pauvreté » (p. 7). La reconnaissance, le rôle et la contribution des organismes communautaires en santé mentale sont très discrets. Le RRASMQ recommande d'ailleurs une meilleure reconnaissance de l'expertise du milieu communautaire. (RRASMQ, 2005).

Plan stratégique 2005-2010 du MSSS

Date 2005

Site internet

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-717-01.pdf>

Note L'une des orientations du Plan stratégique concerne la santé mentale : « traiter et soutenir efficacement les jeunes et les adultes ayant un trouble mental ainsi que les personnes présentant un risque suicidaire ». (p. 29)

Objectifs

- > Implanter des interventions globales de prévention du suicide incluant la réduction des risques et l'établissement de réseaux de sentinelles
- > Assurer dans tous les CSSS sans exception l'établissement d'ententes et de mécanismes de liaison entre les services de réponse aux crises suicidaires et aux crises psychiatriques et les services de prise en charge dans la communauté

Spécificités concernant les femmes

Aucune

Plan d'action. Orientation ministérielle relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques.

Date 2002

Site internet

<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/952a91cf7601eff285256c8a005cb6e8?OpenDocument>

Objectifs

Ce Plan d'action vise à baliser l'utilisation de trois mesures de contrôle (contention, isolement et utilisation de substances chimiques) et à réduire, dans le plus bref délai, l'utilisation de ces mesures et mettre en application de pratiques de remplacement. Trois grands objectifs ressortent de ce plan :

- s'assurer de l'appropriation des orientations ministérielles sur l'utilisation des mesures de contrôle nommées dans l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)
- encadrer l'utilisation de ces mesures
- mesurer l'impact des orientations ministérielles sur l'utilisation qui est faite des mesures de contrôle

Spécificités concernant les femmes

Aucune

LES POLITIQUES FÉDÉRALES

.....

Au niveau fédéral, il n'y a pas, à proprement parler, de politiques au sujet de la santé mentale. Le gouvernement canadien produit plutôt des rapports et des études et finance des campagnes d'éducation et de sensibilisation auprès de la population.

Ces publications se retrouvent sur le site Internet de l'Agence de santé publique du Canada à l'adresse suivante : http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/mhp-psm/pubs_hc-sc_f.html

Le gouvernement fédéral a également produit plusieurs rapports sur les services de santé mentale, ainsi que sur leur évolution. Ces documents sont disponibles à l'adresse suivante : http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/services_f.html

La Commission de la santé mentale du Canada

Date 2007

Site internet

<http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/Pages/LeMHCC.aspx>

Objectifs

Faisant suite aux recommandations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, issues du rapport intitulé *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, le gouvernement fédéral a proposé d'investir 130 millions de dollars sur 10 ans pour créer la Commission de la santé mentale du Canada.

Cette commission dont la fonction est consultative a pour mandat de développer et d'échanger des connaissances et de mettre en place une stratégie nationale en santé mentale.

L'objectif général de la Commission est de « contribuer à la mise en œuvre d'un système de soins de santé mentale axé sur les personnes confrontées à un problème de santé mentale ». Elle a mis sur pied cinq grandes initiatives, soit :

1. une stratégie en matière de santé mentale pour le Canada;
2. une campagne anti-stigmatisation;
3. des projets pilotes de recherche sur les sans-abri;
4. un centre d'échange de connaissances;
5. le programme Partenaires pour la santé.

BIBLIOGRAPHIE / STATISTIQUES

.....

DOYON, F. (1990), « Pour une autre vision de la santé mentale », Revue de Presse du B.C.J.

INSPQ en collaboration avec le MSSS et l'ISQ (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques - Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Gouvernement du Québec, 659 p.

AGIDD, http://www.agidd.org/mesures_controle.htm

REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (2005), *Mémoire portant sur le document de consultation du MSSS sur le Plan d'action en santé mentale*, Direction générale des services de santé et médecine universitaire, Direction de la santé mentale, 11 p.

RÉSEAU DES FEMMES DES LAURENTIDES (2004), *Vers un nouveau contrat social pour l'égalité entre les femmes et les hommes*, Mémoire présenté à la Commission parlementaire des affaires sociales dans le cadre de la consultation sur l'avis du Conseil du statut de la femme, 10 p.

ANNEXES

.....

- 20 Annexe 1 **Principales politiques de 1962 à 2004**
- 20 Au féminin... à l'écoute de nos besoins. Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes
- 21 Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intgrés en santé mentale
- 22 Politique de la santé et du bien-être, évaluation de la politique de 1992
- 23 Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale, 2002
- 24 Accentuer la transformation des services de santé mentale
- 25 Plan d'action 1997-2000 - Santé, bien-être et conditions de vie des femmes
- 26 Écoute-moi quand je parle! Rapport du comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes
- 27 Orientations pour la transformation des services de santé mentale
- 28 Politique de santé mentale
- 30 Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux
- 31 Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social
- 33 Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques au ministère de la Santé de la province de Québec

- 34 Annexe 2 **Déinstitutionalisation**
- 35 Annexe 3 **Système asilaire**
- 36 Annexe 4 **Communautarisation**
- 38 Annexe 5 **Bibliographie complémentaire**

ANNEXE 1

PRINCIPALES POLITIQUES DE 1962 À 2004

.....

Au féminin... à l'écoute de nos besoins. Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes

Date 2002

Site internet

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-403-01.pdf>

Note Le document expose les objectifs visés pour 2002-2009 et une stratégie d'action pour 2002-2006.

Objectifs

Adapter des soins et des services aux besoins des femmes

Stratégies d'action

- > Offrir, au personnel travaillant en santé mentale, des activités d'acquisition de compétence qui tiennent compte de l'approche différenciée selon les sexes afin de couvrir adéquatement les besoins
- > Déterminer les indicateurs sexués qui permettront d'assurer le suivi de la transformation des services de santé mentale

Spécificités concernant les femmes

Le document intègre tout à fait la perspective de l'approche différenciée selon les sexes

L'approche différenciée selon les sexes (ADS) est: « un processus qui vise à discerner de façon préventive, au cours de la conception et de l'élaboration d'une politique, d'un programme ou de toute autre mesure, les effets distincts que pourra avoir son adoption par le gouvernement sur les femmes et les hommes ainsi touchés, compte-tenu des conditions socio-économique différentes qui les caractérisent. » (MSSS, 2005)

Bilans / Constats / Lacunes

Le gouvernement a peu tenu compte de cette politique promulguée avant la réforme de 2003. Elle a néanmoins fait office de politique en condition féminine pendant quelques années. Le mouvement féministe réclame une « vraie » politique en matière de santé des femmes.

Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intégrés en santé mentale

Date 2002

Site internet

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-844-02.pdf>

Objectifs

- > Privilégier les soins de santé et les traitements dans le « milieu de vie naturel » qu'est la communauté locale
- > Favoriser la participation des patients à l'évaluation des services offerts ainsi qu'à leur organisation
- > Encourager l'utilisation optimale des ressources humaines, matérielles et financières en fonction de l'ensemble des besoins d'un territoire

Spécificités concernant les femmes

Les femmes ne sont pas considérées comme étant une population distincte qui mériterait d'être visée par ce réseau local. La population cible, selon le gouvernement, se limite aux adultes ayant des troubles majeurs de santé mentale, avec des services particuliers destinés uniquement aux personnes âgées et aux jeunes.

Bilans / Constats / Lacunes

Ces lignes directrices n'offrent rien de particulièrement nouveau à part la révélation que ces réseaux locaux de services intégrés offriront principalement des services dits de proximité. Le gouvernement définit des services de proximité comme étant ceux qui ne nécessitent ni une expertise spécialisée ni des infrastructures ou des équipements coûteux.

Ces précisions laissent entrevoir à nouveau des motifs économiques plutôt que des préoccupations sociales ce qui indique que les motifs économiques sont à la base des politiques de décentralisation des services de santé mentale.

Politique de la santé et du bien-être, évaluation de la politique de 1992

Date 2002

Site internet

<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/c955d244287edd8c85256ed20069e1b5?OpenDocument>

Objectifs

Cette Politique est une évaluation de la politique de la santé et du bien-être de 1992 qui portait sur les actions prioritaires dans le domaine de la santé.

Le Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux annonçait le renouvellement de la Politique de la santé et du bien-être pour les dix prochaines années. C'est dans le cadre de ces travaux que le ministère entreprit la réalisation d'un bilan de la politique de 1992, incluant l'atteinte des objectifs et l'évaluation de l'implantation.

« Le portrait brossé met en évidence un défi majeur auquel doit faire face notre système sociosanitaire : celui de se donner les instruments pour assurer une continuité à moyen et à long terme dans les orientations et les priorités signifiées aux acteurs du réseau. »

La politique de la santé et du bien être de 1992 avait comme but :

« d'améliorer l'état de santé et de bien-être des Québécois et des Québécoises et de réduire les écarts observés entre différents groupes sociaux. Des mécanismes étaient prévus pour assurer le suivi et la mise à jour

de la Politique tout au long de la période de dix ans fixée pour l'atteinte des objectifs. »

Cette évaluation de la politique de 1992 montre bien que des facteurs défavorables ont constitué des obstacles à son implantation, dont :

- Les compressions budgétaires sans précédent survenues au moment d'entreprendre la réalisation des plans d'action régionaux,
- Les changements organisationnels importants entraînés par la transformation du réseau à la suite de la réforme,
- La multiplication des cadres de référence qui sont venus se superposer à la Politique et qui l'ont renvoyée à l'arrière-plan, en particulier l'opération Défi Qualité-Performance et, quelques années plus tard, les Priorités nationales de santé publique,
- Le manque d'implication du ministère dans la promotion et le suivi de la Politique, et
- Le manque de leadership exercé par le ministère pour obtenir l'adhésion des partenaires nationaux et l'absence d'un engagement formel du gouvernement pour soutenir les collaborations avec les partenaires des autres secteurs.

Spécificités concernant les femmes

Alors que la politique de 1992 soutient l'importance de cibler les besoins propres aux femmes, l'évaluation ne tient pas compte spécifiquement des femmes.



Bilans / Constats / Lacunes

C'était à l'origine une bonne politique axée sur les déterminants sociaux mais, malheureusement, elle a été mise aux oubliettes.

Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale, 2002

Date 2002

Site internet

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-844-03.pdf>

Objectifs

- > La consolidation des services de santé existants dans les régions
- > Le développement du rôle des organismes communautaires de soutien aux personnes souffrant de problèmes en santé mentale, notamment en termes d'éducation continue et de protection sociale

Spécificités concernant les femmes

Aucune mention n'est faite de mesures de soutien destinées spécifiquement aux femmes, et ce, malgré la reconnaissance du fait qu'elles assument en majorité les tâches de soutien des personnes atteintes de maladies mentales.

Bilans / Constats / Lacunes

Malgré la volonté politique de reconnaître le travail important des groupes communautaires, les recommandations sont toutes d'ordre très général, et incluent l'objectif énigmatique de « favoriser les ressources plus légères ».

Accentuer la transformation des services de santé mentale

Date 2001

Site internet

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-809-04.pdf>

Objectifs

- > Compléter la mise en place, dans chaque région du Québec, des mesures prioritaires adoptées dans la cadre du Forum sur la santé mentale, pour les personnes aux prises avec des problèmes graves de santé mentale, en privilégiant les interventions dans la communauté et en accentuant la qualité, la continuité et la coordination des services. (p. 19)
- > Les mesures prioritaires sont les suivantes :
 - principe d'appropriation du pouvoir
 - services aux enfants et aux jeunes avec des troubles mentaux
 - services prioritaires pour les adultes avec des troubles mentaux graves :
 - suivi dans la communauté
 - intervention en situation de crise
 - services résidentiels
 - intégration au travail
 - soutien aux familles et aux proches
 - traitement médical et ressources médicales
 - réseaux locaux de services
 - formation des ressources humaines
 - financement de la transformation

Note Un plan de travail (p. 24-34) détaille des actions et des responsables pour chacune des cibles prioritaires.

Bilans / Constats / Lacunes

Dans le plan de travail, une place est accordée aux « partenaires communautaires », en particulier dans la section sur le principe d'appropriation du pouvoir. Le Comité pour la santé mentale y joue également un rôle important, cependant, il a disparu de l'organigramme du ministère.

Note Le Gouvernement du Québec a produit plusieurs documents pour que les intervenantes et les intervenants communautaires soient mieux outillés et qu'ils saisissent mieux les enjeux entourant la santé mentale des femmes. Par exemple, la Banque de documents de référence relatifs à la santé mentale contient des témoignages de patients en santé mentale, ainsi qu'une explication de ce qu'est l'[approche différenciée selon le sexe](#) et des raisons pour lesquelles elle est importante en santé mentale. Le gouvernement québécois a également produit un Guide pratique sur les droits en santé mentale.

La situation concernant l'accès au logement pour les personnes affectés par des problèmes de santé mentale est abordée dans le cadre du document : Le logement et les services de soutien en santé mentale : une solution à partager. Ce document est issu d'un colloque tenu à Montréal les 16 et 17 novembre 2000 et regroupant plus de 160 personnes. L'importance de l'accès à un logement décent est soulignée, non seulement en tant que droit humain, mais également comme condition nécessaire au traitement de plusieurs maladies mentales. Quelques exemples québécois d'intégration sociale grâce au logement sont ensuite analysés, dans le but de souligner, entre autres, l'importance de la coopération intersectorielle dans le domaine de la santé mentale.

Plan d'action 1997-2000

Santé, bien-être et conditions de vie des femmes

Date 2000

Site internet

<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/d24baf0b3f38c53f8525681c006a0faa?OpenDocument>

Objectifs

La lutte contre la pauvreté et contre les inégalités sociales, la lutte contre la violence faite aux femmes ainsi que la place des femmes dans le développement des régions sont parmi les principaux axes de ce Plan d'action. Globalement, le plan a deux objectifs :

- améliorer la santé et le bien-être des femmes
- assurer de meilleures conditions de vie aux femmes

Plusieurs préoccupations concernant la santé et le bien-être sont également inscrites dans ce document, dont la santé mentale, les effets de la transformation du réseau de la santé sur les femmes, la pratique des sages femmes, le tabagisme chez les femmes, le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus, la procréation médicalement assistée, le VIH/sida et la planification des naissances.

Spécificités concernant les femmes

Avec le dernier Plan d'action en santé mentale de 2005, on passe d'un plan en santé mentale des femmes à un plan qui donne priorité au suicide chez les hommes et qui ne traite pas des besoins spécifiques des femmes.

Écoute-moi quand je parle ! Rapport du comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes

Date 1998

Site internet

<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/6070a0bffe9518a48525763100499c5e?OpenDocument>

Note Dans le cadre de l'actualisation de la Politique gouvernementale en matière de condition féminine, le ministère de la Santé et des Services sociaux a demandé à un groupe de travail constitué de plusieurs associations en santé mentale de rédiger un rapport dans le but d'enrichir la [Politique de santé mentale de 1989](#) en y intégrant les questions touchant les femmes.

Les nombreuses critiques féministes à l'égard de la [Politique de santé mentale de 1989](#) ont fait ressortir l'importance de tenir compte des besoins spécifiques des femmes.

Objectifs

- > Prendre en considération des facteurs socio-économiques qui influent sur la santé des femmes
- > Traiter des conditions à mettre en place pour favoriser la santé mentale des femmes (parfaire les connaissances, agir sur les déterminants, etc.)
- > Traiter de la violence faite aux femmes, de la monoparentalité, de la vieillesse et de l'adolescence des femmes, de la détresse psychologique
- > Émettre une série de recommandations

Bilans / Constats / Lacunes

Bien que considéré encore aujourd'hui comme un document de référence en matière de santé mentale des femmes, ce rapport a été peu à peu mis de côté par le gouvernement. Par exemple, le dernier [Plan d'action en santé mentale 2005-2010](#) ne fait aucunement mention des femmes.

Orientations pour la transformation des services de santé mentale

Date 1997

Site internet

http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1996/96_774.pdf

Objectifs

Avec ce document d'orientation, la tendance à la **communautarisation** est accentuée :

Ce projet propose de « compléter la mise en place, dans chaque région, des services de santé mentale s'adressant prioritairement aux personnes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants, en privilégiant les interventions dans la communauté et en accentuant la qualité, la continuité et la coordination des services ».

Le projet vise spécifiquement les personnes aux prises avec des troubles de santé mentale sévères et persistants (puisque'ils sont responsables de 80 % des journées d'hospitalisation). Plusieurs objectifs découlent de ce rapport, dont celui-ci. 60 % des dépenses publiques qui seront effectuées dans le système de santé mentale seront consacrés aux services offerts dans la communauté, et les fonds devront être utilisés en priorité pour mettre sur pied et consolider plusieurs types de soutien dont :

- l'accès au logement;
- la possibilité d'une intervention de crise en tout temps, le maintien du traitement dans la communauté;
- l'accès à des services de réadaptation, les activités de soutien aux familles et aux proches.

Les centres hospitaliers offrant des services en santé mentale devront viser une diminution progressive de la durée moyenne de séjour et atteindre celle de 15 jours en soins de courte durée dans les 3 années qui suivront.

Bilans / Constats / Lacunes

Plusieurs groupes, dont le Comité de santé mentale du Québec, soulignent que la **communautarisation** est liée aux compressions budgétaires, et que cette apparente reconnaissance du milieu communautaire et des familles sert surtout à faire appel à des ressources moins coûteuses ou gratuites.

« Dominée par la logique du contrôle des coûts et s'adressant à une clientèle aux troubles de plus en plus sévères, cette politique s'appuiera davantage sur les ressources communautaires pour assurer sa réussite. » (LECOMPTE, 1997, p. 22)

Politique de santé mentale

Date 1989

Site internet

http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/download.php?f=0d4d1b073a10b132749dfd96039bc13a

Note

- > Avec la Politique de santé mentale de 1989, on assiste à un changement de paradigme : la santé mentale ne dépend pas que des symptômes manifestés par la personne mais aussi de la qualité de son rapport avec son environnement culturel et social.
- > La primauté de la personne est mise de l'avant et définie comme suit : « [...] le respect de sa personnalité, de sa façon de vivre, de ses différences et des liens qu'elle entretient avec son environnement. C'est également miser sur ses capacités, tenir compte de son point de vue, favoriser sa participation et celle de ses proches. » (p. 23)
- > Un plan de service individualisé (PSI) est mis sur pied.
- > La Politique accentue la régionalisation en donnant davantage de pouvoirs aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux.
- > La Politique soutient la mise en place de groupes de promotion et de défense des droits en santé mentale.

- > La Politique se situe dans une approche communautaire puisqu'elle reconnaît l'importance de la recherche de solutions dans le milieu de vie de la personne, elle reconnaît donc l'apport des familles et du milieu communautaire.
- > La Politique donne une grande place au partenariat entre le Réseau public et les organismes communautaires.



Bilans / Constats / Lacunes

- > L'utilisateur n'est aucunement consulté dans les décisions qui le concernent (LECOMPTE, 2009).
- > Cette politique accentue la **communautarisation** sans pour autant investir l'argent économisé dans les compressions budgétaires dans le milieu communautaire. Les organismes y voient plutôt un délestage des responsabilités du réseau public vers le milieu communautaire.
- > Nancy Guberman critique également le « partenariat » entre les institutions et les groupes communautaires qui sont mis de l'avant par cette politique puisque le financement est basé sur un contrat de services qui a un impact important sur les orientations des groupes et sur leur fonctionnement. Les orientations féministes et alternatives sont mises de côté au profit des approches dominantes en santé mentale. (GUBERMAN, 1990) Cette critique est d'actualité puisqu'on peut la formuler également à propos du dernier **Plan d'action en santé mentale 2005-2010**.

Spécificités concernant les femmes

Aucune, si ce n'est pour recourir à elles comme soutien familial.

- La Politique ne tient aucun compte de la spécificité de la maladie mentale chez les femmes (GUBERMAN, 1990).
- La prise en charge, dans leur milieu familial, des personnes atteintes de troubles mentaux peut s'avérer être un recul pour les droits des femmes. Nancy Gurberman fait ressortir que le recours aux familles pour aider les personnes dans le besoin ne tient pas compte du libre choix des personnes. Même si la famille offre un milieu sécuritaire et d'épanouissement, l'utilisation du terme « naturel » suppose que c'est aussi le milieu idéal pour les personnes qui souffrent de problèmes mentaux. Or, plusieurs recherches ont démontré que les personnes atteintes de troubles mentaux désirent souvent se détacher de leur famille puisqu'elle peut être un lieu de conflit. De plus, ce ne sont pas toutes les femmes qui sont de bonnes aidantes, ce n'est pas là une qualité innée, comme le suggère ce terme. (GUBERMAN, 1990)

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon)

Date 1988

Note La **désinstitutionnalisation** et les compressions budgétaires font en sorte que de nombreuses critiques sur le système de santé mentale émergent dans les années 80. Le gouvernement du Parti québécois reconnaissant les difficultés et les incohérences du système de santé, une commission d'enquête dont le président est Jean Rochon est mise sur pied en 1985.

Objectifs

- > Deux rapports émergent, soit le rapport Harnois en 1987 et cette commission d'enquête en 1988. Ils en viennent aux mêmes constats et font ressortir plusieurs lacunes du système de santé mentale dont :
 - des services compétitifs entre eux et une discontinuité des soins,
 - des services de santé mentale pris en otage par les groupes d'intérêts,
 - la reconnaissance de l'importance des ressources communautaires et de leur sous-financement.
- > La Commission d'enquête vise également à cerner les frontières entre les services que l'État doit fournir et ceux que la communauté doit fournir.

Critiques du système de santé mentale

Le rapport de la Commission traite aussi du risque que certaines « tensions » actuelles (telle la privatisation) fassent éclater le système de santé du Québec.

En 1988, la Coalition féministe pour une transformation des services de santé et des services sociaux, représentant plusieurs groupes de femmes, s'est présentée devant la Commission pour dénoncer :

- la sur-spécialisation qui amène à découper la personne en différentes parties à soigner sans égard pour son intégrité;
- la surmédicalisation des processus de vie et des problèmes psychosociaux;
- l'hyper-institutionnalisation avec son cortège de dépendance et d'infantilisation des personnes;
- la bureaucratiation qui entraîne une déshumanisation et une hiérarchisation des rapports sociaux;
- l'absence de perspectives globales et collectives face aux problèmes cruciaux vécus individuellement;
- l'impérialisme des corporations professionnelles (professionnalisation du savoir et monopolisation du pouvoir) face à toutes les pratiques alternatives.

Bilans / Constats / Lacunes

Les critiques de la Coalition féministe pour une transformation des services de santé et des services sociaux sont toujours d'actualité.

Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay-Nepveu) 1967-1972

Date Mise sur pied en 1966
Adoption officielle en 1971

Objectifs

- > La Commission d'enquête propose la mise sur pied d'un régime d'assurance-maladie universel et accessible pour tous.
- > En 1968, la Loi sur les soins médicaux qui définit un partage des coûts de santé entre les deux gouvernements entre en vigueur.
- > Le palier fédéral s'engage à payer la moitié des coûts dans les provinces ainsi que dans les territoires. Des dispositions sont également mises sur pied afin d'assurer l'accès gratuit aux soins.
- > La Commission a aussi recommandée la création de nouvelles structures en santé telles les centres locaux de services communautaires (CLSC), les conseils régionaux de santé et des services sociaux (CRSSS), les départements de santé communautaire (DSC), et a contribué à l'adoption de la loi 65 qui établit la distinction entre centre hospitalier de courte durée et centre hospitalier de longue durée.

Bilans / Constats / Lacunes

- > Une nouvelle conception de la maladie mentale émerge dans les années 70. On ne parle plus de maladie, mais de santé. La santé devient une question de droit et relève désormais de la responsabilité de l'État. (DORVIL, p. 28)
- > Dans le même ordre d'idée, la Commission, qui a adopté une approche globale de la santé, a mis en place une gamme de services (prévention, traitement et réadaptation). Elle traite aussi de l'importance de la gratuité, de l'accessibilité et de l'universalité des soins.
- > Parallèlement, une volonté de rationaliser le système de santé apparaît. Elle se concrétise par l'introduction des concepts de productivité et de rentabilité dans le système de santé. Cette commission a favorisé l'entrée dans le réseau public de la santé et des services sociaux de technocrates qui conçoivent l'organisation du système de santé et des services sociaux dans une perspective « managériale ». (DORVIL et autres, 1996)
- > La **désinstitutionnalisation** devient de plus en plus importante dans les années 70 à 80.
- > Un mouvement de contestation de la psychiatrie institutionnelle a donné naissance à divers groupes alternatifs offrant des services de réadaptation, d'hébergement, d'intervention, d'entraide et de défense des droits des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Ces groupes communautaires partagent une philosophie qui vise la réinsertion sociale des personnes psychiatisées à partir du développement de leur autonomie et du contrôle de leurs propres moyens de soutien.

Spécificités concernant les femmes

- > De nombreuses critiques féministes s'élèvent contre le système de psychiatrie institutionnalisée : on déplore notamment que :
 - les femmes reçoivent des diagnostics de maux plus graves que ceux des hommes;
 - les femmes se font prescrire davantage de médicaments et sur une plus longue période;
 - les femmes reçoivent des diagnostics de **maladie mentale** alors que les hommes reçoivent plutôt des diagnostics de **troubles de comportement**.

- > De plus, un colloque Les femmes et la folie, organisé par la Corporation de santé mentale de Montréal en 1980, fait ressortir ce qui suit :
 - les femmes comptent pour les deux tiers de la population diagnostiquée comme sujette aux troubles mentaux;
 - elles sont catégorisées comme dépressives et névrotiques alors que les hommes ont des problèmes d'alcoolisme et des psychoses. On peut y voir une illustration des stéréotypes féminité/masculinité.

Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques au ministère de la Santé de la province de Québec (Rapport Bédard)

Date 1962

Site internet

http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?documentation

Objectifs

Dans les années 50, un nouveau courant de pensée issu des « psychiatres modernistes » amène une nouvelle conception de la maladie mentale qui est maintenant perçue comme étant « une maladie comme les autres ».

Une réforme du système de santé mentale s'imposera, avec la publication d'un livre écrit par un ex-psychiatrisé (PAGÉ, 1961) qui décrit les conditions de détention dans le [système asilaire](#).

La Commission d'enquête, dirigée par la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques (précisément par les psychiatres Dominique Bédard, Denis Lazure et Charles-A. Robert) est alors mandatée par le gouvernement Lesage pour étudier l'état des conditions de vie des patients et des modes de traitement déployés dans les asiles. (MSSS, 1996)

- > Le rapport traite des dysfonctionnements du [système asilaire](#) et il demande notamment l'arrêt immédiat de la construction d'un asile à Sherbrooke.

- > Il souligne que les hôpitaux psychiatriques sont sous-financés comparativement aux hôpitaux généraux.
- > La commission recommande l'abolition du système de l'affermage, l'abolition graduelle des mesures excessives de sécurité, la création d'hôpitaux psychiatriques régionaux rattachés à des hôpitaux généraux, une amélioration de la formation et des conditions salariales du personnel, de même que de la prévention, de l'enseignement et de la recherche.

ANNEXE 2

DESINSTITUTIONALISATION

Désinstitutionalisation

« La désinstitutionalisation n'est pas un mouvement propre au Québec, ni un processus qui s'adresse strictement aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale. La psychiatrie fut toutefois l'une des premières institutions intervenant auprès des déviances à appliquer un tel programme ». (LABERGE, 1988)

Ce mouvement est issu d'une philosophie reposant sur des critiques du [système asilaire](#) qui vise à humaniser les soins de santé et à faire respecter les droits des personnes atteintes de maladies mentales. Elle rejette l'idée d'exclure une population dite malade mentale en l'enfermant dans les institutions et opte plutôt pour la réintégration dans le milieu.

C'est au milieu des années 1970, au Québec, que la désinstitutionalisation s'amorce (28 % du nombre total de lits sont fermés entre 1965 et 1975).

Dans l'opinion publique, la désinstitutionalisation a plutôt mauvaise presse puisque de nombreuses conséquences négatives découlent de ce mouvement, dont l'augmentation de l'itinérance, une plus grande judiciarisation des personnes présentant des troubles mentaux, l'apparition du syndrome de la porte tournante, l'accroissement du fardeau des familles et l'appauvrissement. Une des raisons de ces dérives est que la désinstitutionalisation est directement liée aux compressions dans le système de santé.

Pour prendre en charge les personnes ayant des problèmes de santé mentale, le gouvernement se tourne vers un modèle de recherche de solutions dans le milieu de vie de la personne. Dans les années 80, l'État reconnaît l'apport des ressources alternatives et communautaires ainsi que l'apport des familles. Cependant, de nombreuses critiques découlent de ce processus de [communautarisation](#) qui palie les compressions et la désinstitutionalisation.

ANNEXE 3

SYSTÈME ASILAIRE

Système asilaire

Le premier asile est érigé à Montréal entre 1839 et 1844 dans la prison de Montréal; il est sous le contrôle de médecins anglophones. Dès 1875, à l'ouverture de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, la responsabilité de ces institutions est presque entièrement donnée aux communautés religieuses francophones.

De nombreux conflits entre propriétaires d'asiles et inspecteurs du gouvernement éclatent, la communauté anglo-protestante critique le fait que les asiles québécois sont la propriété des francophones catholiques et les médecins se plaignent de leurs conditions de travail. De plus, beaucoup de personnes placées dans ces institutions le sont pour des raisons d'ordre politique, ethnique et religieux. (GRENIER, 2004) « Jusqu'en 1960, les francophones conçoivent la folie comme un mal incurable provoqué par Dieu pour nous punir ou pour nous éprouver. » (MSSS, 1996, p. 114). Étant l'objet de Dieu, la maladie mentale est alors perçue comme impossible à guérir.

En 1884, un grand débat s'élève concernant l'utilisation abusive des moyens de contraintes visant à restreindre le mouvement des patients agités. (TUKE, 1885) Au début du 20^e siècle, on constate de nombreuses avancées dans le domaine de la santé mentale (notamment le dépistage et la prévention des maladies mentales, la constitution en 1918 du Comité canadien d'hygiène mentale et l'apparition de départements de psychiatrie dans les hôpitaux) mais ces avancées s'accomplissent surtout à l'extérieur des asiles. Les institutions elles-mêmes deviennent surpeuplées en raison de l'urbanisation et de l'effritement de la solidarité familiale. On qualifie les institutions d'anti-thérapeutiques. (GRENIER, 2004)

En 1962, un an après la sortie du livre de Jean Pagé (un ex-psychiatrisé enfermé à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu), la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques (rapport Bédard) déclare qu'un tel système ne permet ni la guérison ni la réinsertion sociale dans la société des personnes internées d'autant plus qu'une fois hospitalisées, elles ne sont pas considérées comme des citoyennes à part entière. (LECOMPTE, 2009, p. 25)

ANNEXE 4

COMMUNAUTARISATION

Définition

On ne connaît pas de définition universelle de la communautarisation car il n'existe pas de modèle unique ni de consensus à ce sujet (MERCIER, 1995). La communautarisation des services en santé mentale demeure un processus sociopolitique inachevé qui se caractérise par le déplacement des services de l'institution vers la communauté.

Deux visions s'opposent quant à la finalité de la communautarisation. Selon une approche humaniste critique du système psychiatrique institutionnel, la communautarisation vise la recherche de solutions dans le milieu de vie des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Mais, dans les faits, ce transfert de la personne vers la communauté ne s'est pas accompagné d'une redistribution de l'argent dans les ressources communautaires.

Il s'agit plutôt d'un délestage des responsabilités du milieu institutionnel vers la communauté et, dans cette optique, la communautarisation poursuit des fins politiques en favorisant la privatisation du système de santé. Selon la Banque mondiale, la communautarisation représente une des étapes d'un processus de privatisation des services de santé.

Contexte historique

La communautarisation dans le système de santé mentale au Québec découle de la réforme du système de santé mentale des années 1970 suite au rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social au moment où les ressources communautaires commencent à se multiplier.

Dans les années 80, le gouvernement reconnaît les ressources alternatives et communautaires ainsi que le support des familles. Cette reconnaissance des ressources communautaires peut être favorable aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale, elle se déroule pourtant dans un contexte de compressions budgétaires.

De nombreuses critiques dénoncent le discours de la reconnaissance du milieu communautaire car il s'agit en fait d'une autre vision de la communautarisation servant à camoufler les compressions importantes dans la santé.

D'ailleurs le gouvernement accentue le processus de communautarisation dans les années 90 dans un contexte où les compressions sont très importantes. L'argent économisé n'a pas été réinvesti dans le milieu communautaire et les conséquences sont multiples :

- > Apparition de dérives importantes (population aux prises avec une gamme de problématiques complexes et lourdes) et transfert des problèmes dans la communauté (itinérance, criminalité, cas plus lourds se présentant aux organismes, etc.)
- > Répercussions néfastes sur les organismes (surcharge de travail, stress, épuisement, accentuation du syndrome de la porte tournante)
- > Impacts négatifs sur les familles et particulièrement sur les femmes (appauvrissement, épuisement, détresse, surcharge de travail, etc.)

ANNEXE 5

BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2000). « La santé mentale de la population canadienne : une analyse exhaustive », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 20, no 3.

http://publications.gc.ca/collections/collection_2009/aspc-phac/H12-27-20-3F.pdf

BIBEAU, G. et autres (1992). La santé mentale et ses visages : *Un Québec pluriethnique au quotidien, Le Comité de la santé mentale*, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, 289 p.

BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL (2007). *Tendances mondiales de l'emploi des femmes*, p. 2.

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_elm/---trends/documents/publication/wcms_114355.pdf

COALITION FÉMINISTE POUR UNE TRANSFORMATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2000). *Pour un réseau de la santé et des services sociaux qui tienne compte des femmes*, 30 p.

COMITÉ SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, (1997). Défis de la reconfiguration des services de santé mentale : Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves.

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE (2006). *De l'ombre à la lumière : la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, Rapport final du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

<http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/391/soci/rep/pdf/rep02may06high-f.pdf>

DORVIL, H. et autres (1996). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*, MSSS, p. 147 -172.

[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/d1251d29af46beec85256753004b0df7/\\$FILE/97_155co.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/d1251d29af46beec85256753004b0df7/$FILE/97_155co.pdf)

GRENIER, G., et M. J. FLEURY (2004). « Historique et enjeux du système de santé mental au Québec », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 10, n° 1, 2004, pp. 21-38.

GUBERMAN, N. (1990). « Les femmes et la politique de santé mentale », *Santé mentale au Québec*, vol. 15, no 1, 1990, p. 62-84. <http://www.erudit.org/revue/smq/1990/v15/n1/031542ar.pdf>

GUYON, L., R. SIMARD et L. NADEAU (1981). *Va te faire soigner, t'es malade*, Montréal, Stanké, 156 p.

LECOMTE, Y. (2009). « Évolution de la pensée critique en santé mentale au Québec » in Lecomte, Y. et autres, *La pensée critique en santé mentale*, Éd. SMQ, Montréal, p. 21-58.

LECOMPTE, Y. (1997). « De la dynamique des politiques de désinstitutionalisation au Québec », *Santé mentale au Québec*, vol. 22, no 2, p. 7-24.

MERCIER, C. et D. WHITE (1995). « La politique de santé mentale et la communautarisation des

services », *Santé mentale au Québec*, vol. 20, n° 1, 1995, p. 17-30.
<http://www.erudit.org/revue/smq/1995/v20/n1/032330ar.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2001). *Le logement et les services de soutien en santé mentale : une solution à partager*.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-830-01.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (1999). *Guide pratique sur les droits en santé mentale*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1999/99-754.pdf>

OMS (2001). *La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Rapport sur la santé dans le monde 2001. <http://www.who.int/whr/2001/chapter1/fr/index2.html>

OMS (2002). *Santé mentale : de la mobilisation à l'action*.
http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/fa5518.pdf

OMS (2009). *Les femmes et la santé : la réalité d'aujourd'hui, le programme de demain*, dossier sur le site officiel. <http://www.who.int/gender/documents/9789241563857/fr/index.html>

PAGÉ, J.-C. (1961). *Les fous crient au secours, témoignage d'un ex-patient de Saint-Jean-de-Dieu*, Montréal, Éditions du Jour, 156 p.

QUÉBEC. (1997). *Écoute-moi quand je parle! Rapport du Comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes*, [Québec] : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 114 p.

QUÉBEC. (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, [Québec], Publications du Québec, xiii+803 p.

QUÉBEC. *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (1967-1972)*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 331 p.

RÉSEAU DES FEMMES DES LAURENTIDES (2009). *La santé mentale des femmes, une richesse pour la région!*, Actes du colloque intersectoriel, 30 p.

RIOUX-SOUCY, Louise-Maude (2007). « Du silence au pouvoir de choisir », *Le Devoir*, 5 avril 2007, <http://www.ledevoir.com/2007/04/05/138333.html>.

ROBICHAUD, J.-B. et autres (1994). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale : de l'exclusion à l'équité*, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur/Comité de la santé mentale du Québec (CSSMQ), 247 p.

RQASF (2004). « Fiche La détresse psychologique », *Notre soupe aux cailloux*, p.1.

RRASMQ (2005). *Mémoire déposé par le RRASMQ portant sur le document de consultation du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec sur le plan d'action en santé mentale 2005-2008*. <http://www.rrasmq.com/Publications/plan%20action%20s%20m%2005%2008.pdf>

RRASMQ (2010). *Éléments de réflexion pour un bilan du plan d'Action en santé mentale 2005-2010*. http://www.rrasmq.com/publications/RRASMQ_Bilan_PASM_2010-11-03.pdf

RRASMQ (2005). *Outil d'analyse du Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*. http://www.rrasmq.com/publications/PASM_outil_analyse.pdf

TABLE DES GROUPE DE FEMMES DE MONTRÉAL (TGFM) (2009). *Avis sur le Plan d'action en santé mentale 2005-2010*. La force des liens, 19 p.

TUKE, D.H. (1885). *The Insane in the United States and Canada*, London, H.K. Lewis.