

Politiques et plans d'action en santé mentale dans l'OCDE : leçons pour le Québec ?

Policies and mental health action plans in OECD: lessons for Quebec?

Georges-Charles Thiebaut, Ph. D., Lambert Farand, Ph. D. et Marie-Josée Fleury, Ph. D.

Volume 39, numéro 1, printemps 2014

Réformes du système de santé mentale : constats, témoignages et recommandations

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1025907ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1025907ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Thiebaut, G.-C., Farand, L. & Fleury, M.-J. (2014). Politiques et plans d'action en santé mentale dans l'OCDE : leçons pour le Québec ? *Santé mentale au Québec*, 39(1), 65–84. <https://doi.org/10.7202/1025907ar>

Résumé de l'article

Cette étude examine les politiques de santé mentale énoncées au cours des quinze dernières années par les pays de l'OCDE et les provinces canadiennes afin d'en décrire les variations, d'identifier certaines configurations et d'en tirer des leçons pour le Québec. Vingt et une politiques sont analysées en faisant appel à un modèle conceptuel dérivé de la théorie de l'action sociale de Parsons. Les politiques varient en termes de *différenciation* (besoins et groupes priorités, niveaux d'intervention, finalités, bases factuelles, niveaux de spécification), en termes d'*intégration* (mécanismes d'efficacité variable allant du fonctionnement en créneaux à l'intégration complète de certaines composantes) et en termes de *gouvernance* (théories de programme plus ou moins explicites ou fondées, importance variable donnée aux structures, aux processus et aux résultats, mécanismes d'imputabilité et de financement, systèmes d'information et gouvernance clinique variables). Cinq configurations sont identifiées : santé publique, professionnelle, technocratique structurelle, technocratique fonctionnelle et politique. La politique québécoise actuelle, correspondant à une configuration technocratique structurelle, pourrait être bonifiée par le renforcement de ses aspects de santé publique, professionnels et fonctionnels si les obstacles politiques pouvaient être surmontés.

Politiques et plans d'action en santé mentale dans l'OCDE : leçons pour le Québec ?

Georges-Charles Thiebaut, Ph. D.^a

Lambert Farand, Ph. D.^b

Marie-Josée Fleury, Ph. D.^c

RÉSUMÉ Cette étude examine les politiques de santé mentale énoncées au cours des quinze dernières années par les pays de l'OCDE et les provinces canadiennes afin d'en décrire les variations, d'identifier certaines configurations et d'en tirer des leçons pour le Québec. Vingt et une politiques sont analysées en faisant appel à un modèle conceptuel dérivé de la théorie de l'action sociale de Parsons. Les politiques varient en termes de *différenciation* (besoins et groupes priorités, niveaux d'intervention, finalités, bases factuelles, niveaux de spécification), en termes d'*intégration* (mécanismes d'efficacité variable allant du fonctionnement en créneaux à l'intégration complète de certaines composantes) et en termes de *gouvernance* (théories de programme plus ou moins explicites ou fondées, importance variable donnée aux structures, aux processus et aux résultats, mécanismes d'imputabilité et de financement, systèmes d'information et gouvernance clinique variables). Cinq configurations sont identifiées : santé publique, professionnelle, technocratique structurelle, technocratique fonctionnelle et politique. La politique québécoise actuelle, correspondant à une configuration technocratique structurelle, pourrait être bonifiée par le renforcement de ses aspects de santé publique, professionnels et fonctionnels si les obstacles politiques pouvaient être surmontés.

MOTS CLÉS politiques de santé, santé mentale, troubles mentaux, organisation des services, intégration, gouvernance, psychiatrie, OCDE, Canada, Québec

a. Chercheur postdoctoral, École nationale d'administration publique

b. Professeur agrégé, Département d'administration de la santé, École de santé publique de l'Université de Montréal

c. Professeure agrégée, Département de psychiatrie, Université McGill

Policies and mental health action plans in OECD: lessons for Quebec?

ABSTRACT Objectives. The objectives of this research are: 1) to provide a conceptual framework for analyzing mental health policies; 2) to compare mental health policies across a sample of OECD jurisdictions; 3) to describe configurations of mental health policies; 4) to identify practical implications for the Province of Quebec.

Methods. *Design:* This research is a comparative synthetic study of mental health policies. *Sampling:* The web sites of the Ministries of health of the thirty-four OECD countries and ten Canadian Provinces were searched for mental health policies proposed within the last fifteen years. Twenty one such policies (with an English or French version) were retrieved, covering thirteen OECD countries, six Canadian Provinces and the WHO. *Analysis:* Content analysis was performed based on the categories (differentiation, integration, governance) and sub-categories of the aforementioned conceptual framework. Eight policies that together cover the variations encountered between all policies were used to identify typical configurations.

Results. A conceptual framework derived from Parsons' Theory of Social Action posits that social action systems must exhibit a level of internal *differentiation* that corresponds to the heterogeneity of their external environment and also a level of *integration* that allows them to remain coherent despite the complexity of their environment. *Governance* mechanisms help them maintain an equilibrium between differentiation and integration.

In terms of *differentiation*, mental health policies exhibit much variation between the needs and the groups that are prioritized (age, gender, ethnicity, culture, etc.), the types of interventions that are proposed (promotion, prevention, treatment, rehabilitation, etc.), the systemic levels at which interventions take place (society, government as a whole, health care system, organizations, programs, individuals), and the level of specification and scientific basis of proposed interventions.

In terms of *integration*, policies promote various mechanisms belonging to four general categories of increasing effectiveness from hierarchical separation of mandates, to exchange of information, to collaborative planning, and to complete structural integration and co-localisation of certain components (ex. dependence and mental health services).

In terms of *governance*, policies present program theories of varying explicitness and scientific bases, and with different emphases on structures, processes or outcomes. Management models also vary in terms of precision, accountability, financing mechanisms, information systems, and the importance of clinical governance and quality improvement.

Five *configurations* of mental health policies are identified (the public health, the professional, the structural technocratic, the functional technocratic, and the political), each comprising typical combinations of the preceding ingredients.

Conclusion. The current Quebec mental health policy belongs to the structural technocratic configuration. It specifies fragmented mental health structures with mild integration mechanisms. In the future, it should consider improving its public health aspects (inter-sector work on the determinants of mental health), professional aspects (emphasis on scientific evidence, clinical governance and quality), and functional aspects (integrated specialized community mental health and addiction services). But political factors may prevent it from doing so.

KEYWORDS health policies, mental health, mental disorders, organization of services, integration, governance, psychiatry, OECD, Quebec, Canada

Au cours des dernières années, plusieurs États ont proposé des politiques et plans d'action en santé mentale. Au Québec, le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens (PASM) (Delorme, Bouchard, Deschênes, Hince et Rheume, 2005) est arrivé à échéance et une réflexion s'est amorcée en vue de lui concevoir un successeur. Plusieurs auteurs et organismes internationaux ont précisé ce que devraient contenir de telles politiques (Cochrane, Durbin et Goering, 1997 ; Funk, Gale, Grigg, Minoletti et Yasamy, 2005). Pourtant, on constate une grande hétérogénéité dans le contenu et la forme des plans d'action en santé mentale au sein de pays de l'OCDE. Une partie de cette variation s'explique probablement par la nécessaire adaptation des politiques au contexte particulier de chaque État. Cependant, puisque la forme et le contenu des politiques publiques sont des déterminants importants de leur mise en œuvre et de leurs résultats (Champagne, 2002), il nous a semblé utile de mieux caractériser cette apparente hétérogénéité.

Pour ce faire, nous proposons d'abord un modèle conceptuel faisant appel aux notions de différenciation, d'intégration et de gouvernance et nous comparons les politiques de santé mentale de certaines juridictions de l'OCDE, incluant le Québec, en faisant appel à ce modèle. Nous présentons ensuite des configurations décrivant les différentes politiques de santé mentale. Finalement, nous examinons les implications de ce qui précède pour le développement futur de ces politiques au Québec.

Modèle conceptuel

Notre modèle conceptuel est basé sur la théorie des systèmes sociaux d'action (Parsons, 1951). Selon ce modèle, tout système social d'action doit à la fois maintenir une différenciation interne adaptée à l'hétérogénéité de son environnement et une intégration de ses composantes lui permettant d'agir de façon cohérente. Un système d'action en santé mentale devra offrir une gamme de services correspondant à la variété des besoins de la population, mais aussi assurer leur cohérence et éviter la fragmentation. Des mécanismes de gouvernance visent à résoudre ces tensions inévitables entre différenciation et intégration. Nous décrirons plus en détail chacune des dimensions du modèle dans la section des résultats.

Méthodes

Devis: Cette étude relève du champ de l'analyse des politiques publiques. Il s'agit d'une étude synthétique comparative (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis et Boyle, 1990) des politiques de santé mentale de certaines juridictions au sein de l'OCDE.

Échantillonnage: Les politiques et plans d'action en santé mentale proposés au cours des quinze dernières années (1999-2014) par l'Organisation mondiale de la Santé, les pays de l'OCDE et les provinces canadiennes, et dont une version est disponible en français ou en anglais, ont été recherchés sur les sites web des ministères de la Santé de ces juridictions le cas échéant, ainsi que sur Google: 21 politiques et plans d'action en santé mentale ont ainsi été recensés (Tableau 1).

Analyse: Ces politiques et plans d'action ont fait l'objet d'une analyse de contenu par deux des chercheurs en fonction du modèle conceptuel mentionné à la section précédente (différenciation, intégration et gouvernance). Huit plans d'action couvrant la variation retrouvée dans chacune des dimensions du modèle pour l'ensemble des plans ont ensuite été retenus afin d'identifier des configurations particulières. Ce sont ceux de l'Australie (Commonwealth of Australia, 2009), de l'Espagne (Gomez-Beneyto *et al.*, 2009), de la Finlande (Ministry of Social Affairs and Health, 2010), de la France (Ministère chargé de la santé et ministère chargé des solidarités, 2011), de la Nouvelle-Zélande (Minister of Health, 2006), de l'Angleterre (Department of Health,

TABLEAU 1 Les politiques et plans d'action en santé mentale retenus pour l'analyse

Année de publication	Pays	Titre	Référence
1999	Angleterre	<i>A national service framework for mental health</i>	Department of Health
2001	Grèce	<i>Action plan for the reform of the mental sector</i>	Ministry of Health and Social Solidarity
2004	Californie	<i>Mental Health Services Act</i>	California Department of Health Care Services
2005	Québec	<i>Plan d'action en santé mentale du Québec 2005-2010</i>	Delorme, A. <i>et al.</i>
2005	Belgique	<i>Note politique relative à la santé mentale</i>	Demotte, R.
2006	Nouvelle-Zélande	<i>Te Kukri: The Mental Health and Addiction Action Plan 2006-2015</i>	Ministry of Health
2006	Irlande	<i>A vision for change</i>	Department of Health
2006	Turquie	<i>Republic of Turkey National Mental Health Policy</i>	Ministry of Health of Turkey
2007	Norvège	<i>National Strategic Plan for Work and Mental Health 2007-2012</i>	Norwegian Ministry of Labour & Social Inclusion and Ministry of Health and Care Services
2009	Australie	<i>Fourth National Mental Health Plan</i>	Commonwealth of Australia
2009	Espagne	<i>Mental health strategy of the Spanish national health system 2009-2013</i>	Gomez-Beneyto, M. <i>et al.</i>
2010	Colombie-Britannique	<i>Healthy minds, healthy people: A ten-year plan to address mental health and substance use in British Columbia</i>	Ministry of Health Services and Ministry of Children and Family
2010	Finlande	<i>Plan for mental health and substance abuse work</i>	Ministry of Social Affairs and Health
2011	Ontario	<i>Open Minds, Healthy Minds</i>	Ontario Ministry of Health and Long-Term Care
2011	Angleterre	<i>No Health without Mental Health</i>	Department of Health
2011	France	<i>Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015</i>	Ministère chargé de la Santé et ministère chargé des Solidarités
2011	Alberta	<i>Creating Connections: Alberta's Addiction and Mental Health Action Plan 2011- 2016</i>	Alberta Health Services
2011	Nouveau-Brunswick	<i>The Action Plan for Mental Health in New Brunswick 2011-2018</i>	Department of Health
2012	Nouvelle-Écosse	<i>Together We Can. The plan to improve mental health and addictions care for Nova Scotia</i>	Health and Wellness Minister
2013	Luxembourg	<i>Réforme de la psychiatrie et politique de santé mentale</i>	Louazel, V. et Lair, M. L.
2013	Organisation mondiale de la Santé	<i>Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020</i>	Organisation mondiale de la Santé

1999, 2010) et, pour le Canada, de la Colombie-Britannique (Ministry of Health Services, 2010) et du Québec (Delorme *et al.*, 2005).

La différenciation des systèmes d'action en santé mentale

La différenciation a été appréciée en fonction des types de besoins pris en compte par les politiques et plans d'action et par la variété des interventions proposées. En effet, l'adaptation d'un système de santé mentale à son environnement dépend entre autres de l'adéquation des services, des programmes et des interventions offerts aux besoins identifiés.

En termes de besoins, les groupes visés par les différentes politiques sont soit 1) populationnels, 2) à risque, ou 3) souffrant de troubles mentaux. Les groupes populationnels, faisant en général l'objet d'interventions en promotion de la santé, sont définis en fonction de l'âge, du genre, de l'ethnicité, de la culture et de la géographie. Les groupes à risque, faisant l'objet d'interventions de prévention et de dépistage, sont définis en fonction de l'âge (ex. : personnes âgées), du statut socio-économique (ex. : chômeurs), de la géographie (ex. : quartiers défavorisés) et du type de vulnérabilité (ex. : victimes de sévices sexuels). Les personnes souffrant de troubles mentaux sont parfois regroupées en deux catégories distinctes : celles souffrant de troubles « modérés » et celles souffrant de « troubles sévères », mais la plupart du temps elles sont décrites plus précisément en fonction de catégories diagnostiques (ex. : troubles anxieux, troubles affectifs).

La définition des groupes cibles, des groupes à risque et des pathologies visées varie beaucoup d'une politique à l'autre. L'âge est le critère le plus fréquemment utilisé. L'Espagne se distingue en accordant une place très importante au genre. Certaines stratégies visent des lieux particuliers, comme les prisons, les lieux de travail ou les écoles. Le plan québécois fait de la prévention du suicide un aspect central de sa politique, comme l'Espagne, la Colombie-Britannique, la Finlande, la France et l'Angleterre. Par contre, la dépendance est peu mentionnée dans le plan du Québec en comparaison de la Finlande et de la Colombie-Britannique, qui en font un enjeu de même importance que la santé mentale en général.

D'une politique à l'autre, les troubles mentaux ne sont pas décrits avec le même niveau de finesse. Par exemple, l'Angleterre mentionne de nombreuses pathologies de façon très spécifique. Par contre, la bipolarité, la schizophrénie et la dépression sont mentionnées dans toutes les politiques.

Les politiques et plans d'action préconisent une variété de structures, de programmes et d'interventions orientés vers les différents groupes et types de besoins mentionnés précédemment, vers différentes finalités (promotion, prévention, dépistage, traitement, réadaptation, rétablissement), qui sont mis en œuvre à différents niveaux systémiques (la société, l'État, les divers paliers du système de santé, les organisations, les programmes et les individus). Nous avons comparé les politiques et plans d'action en santé mentale en fonction de ces dimensions selon le degré de spécification des interventions proposées et selon l'utilisation des données probantes.

Certaines interventions ou programmes particuliers, comme les équipes communautaires pluridisciplinaires spécialisées en santé mentale (comprenant des psychiatres et d'autres professionnels spécialisés en santé mentale comme des infirmières, psychologues, travailleurs sociaux, psychoéducateurs, ergothérapeutes, etc.), se retrouvent dans presque toutes les politiques, sauf au Québec où elles sont scindées entre la première ligne (équipes de santé mentale) et la deuxième ligne (psychiatres répondants). Plusieurs structures, programmes et interventions sont semblables entre toutes les juridictions, comme l'hospitalisation, l'urgence, la réponse à la crise, les hôpitaux de jour, les programmes de réinsertion au travail, aux études, d'aide au logement, ainsi qu'une multitude d'interventions cliniques (ex. : psychothérapie cognitivo-comportementale, pharmacologie). La plupart des politiques préconisent une approche de « rétablissement » mettant l'accent sur les droits des personnes atteintes de troubles mentaux et sur leur participation à leur traitement, voire à la gestion des services de santé mentale. La plupart des politiques soulignent l'importance des soins de santé primaires offerts par les médecins de famille et de leur soutien par les équipes communautaires spécialisées.

Une différence majeure entre les politiques porte sur l'importance accordée à la promotion et à la prévention par rapport au traitement et à la réadaptation. Certaines politiques proposent une approche de « santé publique » orientée surtout vers les déterminants de la santé et les facteurs de risque. On y met l'accent sur l'action avec les groupes sociétaux, culturels, ethniques et religieux, sur la détection et l'intervention précoce auprès de groupes à risque (itinérance, dépendance) et sur l'action intersectorielle (sécurité du revenu, accès à l'emploi et à l'éducation). C'est le cas de l'Australie et de l'Espagne et dans une moindre mesure de la Finlande.

Comme nous l'avons déjà mentionné, les groupes visés par les interventions varient souvent d'une politique à l'autre. Ainsi, les politiques de santé mentale de la Nouvelle-Zélande et de l'Australie accordent une très grande place aux interventions auprès des autochtones. Certaines politiques, comme en Colombie-Britannique ou en Finlande, placent les interventions en dépendance/toxicomanie sur le même plan que celles en santé mentale, allant jusqu'à les intégrer au sein des mêmes structures. Des interventions présentes dans certains politiques (ex. : pour les troubles alimentaires, l'autisme) sont complètement absentes dans d'autres, malgré une prévalence probablement comparable des problématiques entre les juridictions.

Les politiques diffèrent aussi beaucoup quant au niveau de spécification des interventions : certaines en décrivent l'opérationnalisation, proposent des guides de pratique et suggèrent des indicateurs de mise en œuvre et de résultat, comme l'Angleterre, alors que d'autres restent plutôt vagues. On choisit aussi de spécifier *différents* aspects du système : certains, comme le Québec, spécifient plutôt les *structures* (guichets d'accès, équipes de santé mentale des CSSS) et les indicateurs afférents, alors que d'autres, comme l'Angleterre et la Finlande, spécifient plutôt les *fonctions* (ex. : offrir des services de santé mentale globaux dans la communauté) et les *résultats* à atteindre (ex. : augmenter le taux d'emploi des personnes souffrant de troubles mentaux), laissant plus de latitude quant aux structures à mettre en place localement.

L'accent mis sur les données probantes varie aussi beaucoup d'une juridiction à l'autre, ce qui influence la nature même des interventions proposées. Ainsi, l'Angleterre énumère un grand nombre d'interventions cliniques et de programmes qui ont fait leurs preuves (en décrivant les données probantes qui appuient ces interventions ainsi que la qualité de l'évidence pour chacune), mais elle mentionne à peine les interventions communautaires dont les données probantes sont moins solides et reposent surtout sur l'opinion.

Ainsi, on constate une forte hétérogénéité entre les différentes politiques de santé mentale tant dans la description des besoins de la population que dans les programmes et interventions offerts pour y répondre. L'Australie, l'Espagne et la Finlande sont les pays qui proposent la gamme de services la plus étendue et qui prennent en compte le plus large éventail de besoins de la population.

L'intégration des systèmes d'action en santé mentale

Dans tout système complexe, il existe une tension entre différenciation et intégration (Lawrence et Lorsh, 1967). Nous avons vu à la section précédente que la *diversité* de la demande en termes de besoins, de clientèles et de groupes visés par les politiques de santé mentale appelle une *différenciation* correspondante de l'offre de services afin d'assurer la *globalité* de la réponse. Trois autres caractéristiques de la demande, c.-à-d. son *évolution temporelle* fluctuante et parfois imprévisible (ex. : crises, rechutes, rémissions.), le *cumul des besoins* chez une même personne (ex. : comorbidité) et les *interactions complexes* entre ces besoins nécessitent par ailleurs l'*intégration* de l'offre afin d'assurer la *continuité* de la réponse.

Nous avons classifié les modes d'intégration proposés dans les politiques de santé mentale selon le palier auquel se réalise l'intégration (société, État, système de santé national, régional ou local, organisations, programmes, équipes) et selon l'efficacité relative de ces modes d'intégration. Inspirés par différents auteurs (Contandriopoulos, Denis, Touati et Rodriguez, 2001; Boon, Verhoef, O'Hara et Findlay, 2004; Zaheer et Bell, 2005), nous avons identifié quatre mécanismes d'intégration d'efficacité croissante en termes de continuité : l'intégration en créneaux, l'intégration informationnelle, l'intégration de l'action et l'intégration structurelle. L'intégration en créneaux est prédominante dans les organisations professionnelles (Mintzberg, 2004) où chaque intervenant connaît précisément l'étendue et les limites de ses tâches (en vertu de normes professionnelles), et les accomplit de façon autonome à l'intérieur de son « créneau » professionnel. L'intégration informationnelle relève de l'échange et du partage d'information. L'intégration de l'action se réalise par la planification conjointe, reposant sur divers degrés de participation et d'autorité (ou de leadership). Finalement, l'intégration structurelle consiste à fusionner les structures ou à les colocaliser dans l'espace. Chaque mode d'intégration inclut les précédents. Par exemple, l'intégration de l'action repose sur l'accès à l'information et sur la connaissance de son champ d'intervention, et l'intégration structurelle, beaucoup sur l'intégration informationnelle et l'intégration de l'action.

Ces modes d'intégration peuvent s'appliquer à différents paliers. Par exemple, l'action intersectorielle de l'État est, par défaut, intégrée selon un mode de *créneaux* où chaque ministère agit à l'intérieur de ses prérogatives et de son mandat. Dans leurs politiques de santé mentale,

plusieurs juridictions favorisent l'intersectorialité sur le plan de l'État par l'échange et le partage d'*information* entre les ministères ou par la planification conjointe des *actions* (de façon participative ou sous l'autorité de certaines instances). L'intersectorialité peut également se réaliser par la *fusion* de structures étatiques, comme les anciens ministères de la Santé et des Affaires sociales au Québec. Sur les plans méso et micro des programmes et des équipes, les politiques de santé mentale proposent généralement la mise en place de systèmes d'*information* clinique, tels que le dossier patient informatisé, la *planification* conjointe à l'aide des plans de services individualisés et la *fusion/colocalisation* de certains programmes, comme l'implantation d'équipes de santé mentale dans les Centres jeunesse au Québec ou d'équipes intégrées de santé mentale et dépendance en Finlande.

La hiérarchisation des services, telle que proposée par le Québec, relève de l'intégration par créneaux: chaque « ligne » du système de santé met en œuvre les interventions qui lui sont propres. L'on y ajoute certains éléments d'intégration informationnelle et de l'action, tels que les guichets d'accès, les psychiatres répondants et les ententes de services. L'absence de mécanismes d'intégration plus puissants permet de préserver l'intégrité des composantes du système et leur différenciation. Dans la plupart des autres juridictions, on propose au contraire l'intégration *structurelle* des ressources spécialisées au sein d'équipes communautaires pluridisciplinaires, allant parfois jusqu'à y intégrer les ressources en dépendance/toxicomanie comme en Colombie-Britannique et en Finlande.

La gouvernance des systèmes d'action en santé mentale

La gouvernance permet d'organiser et de réguler l'action des organisations de santé en fixant les orientations stratégiques et en définissant les moyens pour les atteindre (Touati, Roberge, Denis, Pineault et Cazale, 2007). Elle regroupe de nombreux éléments que Denis, Champagne, Pomey, Preval et Tre (2005) ont résumés dans un cadre théorique comprenant cinq fonctions: l'intelligence, la formulation de la vision et des missions, les ressources et leur instrumentation, la gestion des relations et le contrôle et le monitoring. Ainsi, une politique de santé mentale devrait contenir: 1) un diagnostic des besoins; 2) des objectifs généraux et spécifiques (découlant des besoins); 3) une vision du système (permettant l'atteinte des objectifs); 4) un plan de mise en œuvre; et 5) un plan d'évaluation.

La vision du système comprend trois éléments: la théorie de programme, le modèle de gestion et la gouvernance clinique. En santé, la théorie de programme détermine les ressources (ex. : humaines, matérielles, technologiques), les processus (programmes, interventions) et les résultats attendus (amélioration de l'état des personnes) (Wholey, 1987). La pertinence et le bien-fondé de la théorie de programme sont des éléments clés pour s'assurer de l'atteinte des résultats (Champagne, 2002). Dans ce cadre, la notion de ressource comprend la disponibilité et l'allocation des ressources humaines, matérielles et financières pour la conduite de la politique. Elle englobe aussi les systèmes d'information et l'ensemble des activités de formation visant à améliorer les compétences des professionnels. Les processus réfèrent à l'ensemble des programmes et interventions qui seront implantés afin d'atteindre les résultats. Le modèle de gestion précise les mécanismes d'imputabilité, les rôles et responsabilités des acteurs et des mécanismes assurant l'intersectorialité. Enfin, la gouvernance clinique regroupe les approches et mécanismes, tels que l'accréditation et l'utilisation des données probantes, visant l'amélioration continue de la qualité (Brault, Roy et Denis, 2008).

La qualité et l'exhaustivité du diagnostic des besoins qui sous-tendent les politiques de santé mentale varient beaucoup. L'Angleterre décrit en détail l'information factuelle (épidémiologique, dysfonctionnements du système de soins, etc.) sur laquelle repose chacun des éléments de sa politique. L'Espagne utilise son diagnostic pour fonder chacun de ses objectifs. La plupart des autres juridictions, incluant celle du Québec, sont moins spécifiques.

En ce qui concerne les objectifs, l'intégration dans la communauté et le rétablissement des personnes atteintes de troubles de santé mentale, de même que la promotion et la prévention des troubles de santé mentale, constituent les principales priorités de la plupart des politiques. L'accès aux soins et la continuité des services constituent également des objectifs centraux de nombreuses politiques.

La vision du système porte sur les mécanismes permettant d'atteindre les objectifs. Toutes les politiques proposent une théorie de programme plus ou moins explicite reliant structures, processus et résultats. Les différences se situent dans l'accent mis sur chacun de ces aspects. Ainsi, l'Australie et l'Angleterre proposent des théories de programme qui insistent sur les résultats attendus. La plupart des politiques se concentrent plutôt sur les processus. Ainsi, l'Angleterre précise les programmes et les interventions à mettre en œuvre (jusqu'au

niveau clinique) et fournit des références aux guides de pratique et aux données probantes. Comme en Finlande, on laisse une grande marge de manœuvre aux acteurs locaux quant aux structures au sein desquelles ces processus pourront se réaliser.

La théorie de programme du PASM est surtout centrée sur les structures à développer (comme le guichet d'accès et les équipes de santé mentale de première ligne), sur l'allocation des ressources et sur les mécanismes de coordination entre les acteurs. Les processus portent surtout sur les flux de patients entre les composantes du système de soins et sur l'échange d'information entre les acteurs, mais assez peu sur le contenu des programmes et des interventions. Les « résultats » ne sont pas des résultats « distaux » définis en termes d'état de santé, mais ils concernent plutôt l'accessibilité (processus) et les ressources humaines et matérielles allouées aux différents programmes (structures).

La plupart des politiques, à l'exception de celle de l'Angleterre, décrivent assez peu l'allocation des ressources financières et le développement des systèmes d'information. Par contre, plusieurs font de la formation du personnel un enjeu important, ce qui n'est toutefois pas le cas du PASM.

En ce qui concerne le modèle de gestion, l'intersectorialité est la pierre angulaire des politiques australienne et espagnole où chaque objectif est associé à l'articulation entre le système de santé, les services sociaux, l'éducation, l'emploi et la justice et ceci, à chaque palier systémique. La France accorde également une grande importance à cet aspect qui se traduit par l'implantation de comités régionaux et de conférences de territoire visant l'institutionnalisation des partenariats. Le PASM ne met pas l'accent sur l'intersectorialité, mais il accorde une grande importance à la définition des rôles et responsabilités des différents acteurs à travers l'opérationnalisation du concept de hiérarchisation des soins.

L'Angleterre et l'Australie s'appuient sur la gouvernance clinique pour accroître la qualité, la pertinence et l'efficacité des services, ce qui se traduit, en particulier dans les plans anglais, par une riche documentation des données probantes, des guides de pratique et un ensemble de processus favorisant l'amélioration continue des services. Le PASM n'insiste pas sur ces aspects.

En termes de planification de la mise en œuvre, on constate une grande hétérogénéité entre les juridictions. Le PASM décrit les structures à implanter, mais délègue leur mise en œuvre à d'autres paliers

du système de santé (agences régionales et CSSS). À l'inverse, les plans français, anglais et finlandais sont plus précis et définissent les rôles, responsabilités et mandats des acteurs responsables de l'implantation, ainsi que les échéanciers et les mécanismes de reddition de comptes.

Finalement, seuls les Anglais et les Australiens proposent un cadre d'évaluation de la performance et des indicateurs spécifiques pour évaluer le système de santé mentale.

Discussion : la configuration des systèmes d'action en santé mentale

L'analyse des politiques et des plans d'action en santé mentale ainsi que leur comparaison sur la base des dimensions du modèle conceptuel (différenciation, intégration et gouverne) ont fait ressortir cinq configurations particulières (voir Tableau 2) : 1) la configuration « santé publique » ; 2) la configuration « professionnelle » ; 3) la configuration « technocratique structurelle » ; 4) la configuration « technocratique fonctionnelle » ; et 5) la configuration « politique ». Ces configurations ne sont pas mutuellement exclusives et la plupart des politiques de santé mentale relèvent simultanément de plusieurs d'entre elles.

La configuration « santé publique » met l'accent sur les déterminants de la santé et sur les facteurs de risque. Elle est orientée vers la promotion, la prévention et le rétablissement. Elle propose des modes d'intégration performants (intégration de l'action et intégration structurelle) et elle favorise l'intersectorialité. Les politiques de l'Australie, de la Colombie-Britannique et de l'Espagne relèvent de cette configuration.

La configuration « professionnelle » met l'accent sur les données probantes qui déterminent les choix en matière d'intervention, d'intégration et de gouvernance. Elle priorise les interventions préventives et curatives, la coordination des pratiques professionnelles et la gouvernance clinique. La politique anglaise relève de cette configuration.

Les configurations « technocratiques » mettent l'accent sur les mécanismes de gouvernance et sur la coordination du système. La configuration « technocratique structurelle » prescrit les structures plutôt que les processus. Certains aspects du PASM relèvent de cette approche. La configuration « technocratique fonctionnelle » prescrit plutôt les processus et les résultats à atteindre, comme dans le cas de la Finlande et de la France.

TABLEAU 2 Configurations des systèmes d'action en santé mentale

	Différenciation		Intégration	Gouvernance
	Besoins	Interventions		
Configuration santé publique	Centré sur les populations, les groupes cibles, les groupes à risque. Forte prise en compte des troubles concomitants et de la toxicomanie.	Accent mis sur la promotion, la prévention, la détection et l'intervention précoce et sur la réadaptation.	Fortes intégration de l'action et d'intégration structurelle.	Accent mis sur la gestion intersectorielle à tous les niveaux systémiques.
Configuration professionnelle	Les besoins sont priorisés en fonction des données probantes sur les interventions correspondantes.	Les interventions sont priorisées en fonction des données probantes. La prévention et le traitement acquièrent ainsi un poids relatif plus important.	Souplesse des modes d'intégration. Partage des informations sur les meilleures pratiques. Importante latitude laissée aux professionnels dans la coordination de leurs pratiques.	Accent mis sur l'imputabilité sur la base des bonnes pratiques et de l'atteinte des résultats. La gouvernance clinique et les mécanismes d'amélioration de la qualité sont centraux.
Configuration technocratique structurelle	Moins de spécification des besoins puisque l'accent est mis sur les structures.	Moins de spécification des programmes et des interventions (processus) puisque l'accent est mis sur les structures.	Fort potentiel d'intégration structurelle si l'offre de service est proposée en colocalisation. Sinon risque important de discontinuité.	Prescription des structures et de l'allocation des ressources sur la base d'un modèle technocratique du haut vers le bas (<i>top-down</i>).
Configuration technocratique fonctionnelle	Par rapport à la configuration technocratique structurelle, meilleure prise en compte des besoins puisqu'on spécifie les processus plutôt que les structures. Plus grand accent sur les troubles concomitants et sur les dépendances.	Définit des regroupements de programmes orientés soit vers la santé publique, soit vers les interventions professionnelles (selon l'accent mis sur le plan par ailleurs).	Fort potentiel d'intégration de l'information, des actions, voire structurelle.	Fortes spécifications des processus à mettre en œuvre et des résultats à atteindre. Les acteurs locaux ont une marge de manœuvre dans l'implantation du plan et dans la conception des structures. En contrepartie, les rôles et les responsabilités sont très détaillés et les mécanismes d'imputabilité très développés.
Configuration politique	Besoins définis en fonction des priorités des groupes de pression.	Peu détaillé afin de préserver la marge de manœuvre des acteurs.	Faible intégration afin de protéger les frontières organisationnelles.	Visent le maintien ou le renforcement du pouvoir de certains groupes d'acteurs. De ce fait, peu d'importance accordée aux données probantes et aux mécanismes d'imputabilité.

Finalement, une configuration « politique » valorise les besoins de certains acteurs, spécifie peu les processus et les interventions afin de préserver leur autonomie, propose des mécanismes d'intégration permettant de préserver les frontières organisationnelles et minimise la gouvernance clinique et l'imputabilité. Certains aspects des politiques néo-zélandaise, québécoise et française semblent relever de cette configuration. Les groupes concernés sont respectivement les Maoris (Nouvelle-Zélande), les fonctionnaires et les organismes communautaires (Québec) et les psychiatres (France).

Conclusion : des idées pour le Québec ?

Chacune des configurations précédentes présente des avantages et des inconvénients et il est possible d'en tirer des éléments susceptibles d'améliorer la performance des systèmes d'action en santé mentale et d'inspirer les concepteurs du nouveau plan d'action en santé mentale du Québec.

En termes de santé publique, le Québec propose entre autres des campagnes sociétales contre la stigmatisation et une approche de prévention orientée vers les jeunes et le suicide. On admet par ailleurs que plusieurs actions préventives et de promotion de la santé relèvent plutôt du Plan national de santé publique. L'intersectorialité, essentielle à l'approche de santé publique, pourrait être développée selon diverses modalités (Lin, Jones, Synnot et Wismar, 2012) afin de favoriser l'action concertée sur certains déterminants de la santé mentale (ex. : logement, emploi, revenu). On pourrait aussi mieux intervenir en intersectorialité auprès de groupes à risque tels que les autochtones, les prisonniers, les chômeurs chroniques, les toxicomanes et les itinérants, et orienter certaines actions de promotion, de prévention et de dépistage vers des lieux spécifiques comme les entreprises, écoles, prisons, centres d'accueil, garderies, bureaux d'aide sociale, etc.

En ce qui concerne le modèle professionnel, le PASM appuie l'orientation des pratiques fondées sur les données probantes, mais il offre assez peu de détails, tant sur le plan clinique que sur le plan organisationnel. Un premier pas consisterait à intégrer aux prochaines politiques les données probantes recensées internationalement (la politique anglaise est un exemple intéressant). La participation plus assidue d'experts, de cliniciens et de chercheurs à l'élaboration et à l'évaluation des politiques serait une autre voie à explorer afin de contrebalancer l'influence des groupes de pression, de mieux fonder les modèles

d'intervention et d'organisation sur les données probantes et d'accroître la validité de l'évaluation. Des systèmes d'information fonctionnels, des objectifs de processus et de résultats, l'évaluation de la performance et la nomination de responsables de la santé mentale bien soutenus et disposant d'une autorité suffisante et d'un budget clairement établi sur les plans régionaux et locaux du système de santé favoriseraient l'imputabilité. Finalement, la gouvernance clinique pourrait être considérée afin de favoriser la pertinence, la qualité et l'efficacité des interventions.

Nous avons vu que le modèle québécois relevait, entre autres, de la configuration « technocratique structurelle ». En effet, il identifie clairement les structures à implanter telles que les guichets d'accès, les équipes de santé mentale de première ligne et le psychiatre répondant (sans toutefois le justifier à partir de données probantes). Il souffre des lacunes de l'approche structurelle telles que la spécification insuffisante des besoins, des interventions et des résultats attendus. Le potentiel d'intégration de l'approche structurelle, en particulier par la colocalisation, n'est pas non plus réalisé : il n'y a rien dans le PASM qui ressemble à une équipe communautaire spécialisée en santé mentale pouvant offrir un large éventail de services en santé mentale et en toxicomanie. Au contraire, la hiérarchisation institutionnalise les clivages entre des « niveaux » de services parmi lesquels l'utilisateur doit naviguer selon l'évolution de son état et que les autres mécanismes d'intégration proposés dans le PASM (relevant surtout du transfert d'information dans un système fragmenté) ne peuvent compenser. Un élément d'intégration structurelle majeur est également absent du PASM : des budgets de santé mentale regroupés dans une enveloppe unique et clairement identifiés à chacun des paliers du système de santé (Cochrane *et al.*, 1997 ; Lin *et al.*, 2012).

L'ajout de certains éléments d'intégration fonctionnelle pourrait compenser les lacunes précédentes. Dans toutes les juridictions, sauf au Québec, le centre de gravité du système d'action en santé mentale repose sur des équipes communautaires interdisciplinaires *spécialisées* en santé mentale qui sont responsables de l'évaluation, du traitement, de la réadaptation et du suivi (intensif ou non) de la quasi-totalité des problèmes de santé mentale. Dans certains pays, comme en Finlande, ces équipes intègrent aussi les ressources en dépendance et en protection de l'enfance. Le Québec propose plutôt des « équipes de première ligne » sans psychiatre dont les ressources ont souvent été transférées d'hôpitaux qui manquent ainsi de professionnels, provoquant des

difficultés, pour les deux structures, à répondre adéquatement aux besoins de leur clientèle. Le Québec pourrait plutôt promouvoir, à l'instar de la Finlande et de l'Australie, l'implantation d'équipes multidisciplinaires spécialisées en santé mentale, disposant de toutes les ressources professionnelles, rassemblées en un lieu unique au sein de la communauté, et qui fourniraient l'ensemble des services en santé mentale, en dépendances et peut-être aussi en protection de l'enfance. Il pourrait, comme l'Angleterre et la Finlande, laisser plus de flexibilité quant aux structures auxquelles ces équipes seraient rattachées (physiquement et administrativement) et à leur fonctionnement interne, tout en exigeant, comme condition à l'allocation des ressources, une gouverne clinique exemplaire et l'atteinte de résultats. Évidemment, la mise en œuvre de tels changements entraînerait probablement une opposition farouche de la part des groupes d'intérêt qui tirent parti du modèle actuel.

Bibliographie

- Alberta Health Services (2011). *Creating Connections: Alberta's Addiction and Mental Health Strategy*. Government of Alberta. Tiré de www.health.alberta.ca/documents/Creating-Connections-2011-Strategy.pdf
- Boon, H., Verhoef, M., O'Hara, D. et Findlay, B. (2004). From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework. *BMC Health Services Research*, 4 (15).
- Brault, I., Roy, D. A. et Denis J. L. (2008). Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration continue de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Pratique et organisation des soins*, 39(3), 167-173.
- California Department of Health Care Services (2004). *Mental Health Services Act*. Californie. Tiré de www.mhsoac.ca.gov/docs/MHSA_AsAmendedIn2012_AB1467AndOthers_010813.pdf
- Champagne, F. (2002). *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé* (Étude n° 39). Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Cochrane, J., Durbin, J. et Goering, P. (1997). *Best practice in mental health reform*. Discussion paper, Health Systems Research Unit of the Clarke Institute of Psychiatry.
- Commonwealth of Australia (2009). *Fourth National Mental Health Plan – An agenda for collaborative government action in mental health 2009-2014*. Australie. Tiré de www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-f-plan09-toc

- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J. L. et Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche* (1re édition). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Contandriopoulos, A. P., Denis, J. L., Touati, N. et Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins: dimensions et mise en œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 38-52.
- Delorme, A., Bouchard, S., Deschênes, L., Hince, C. et Rhéaume, J. (2005). *Plan d'action en santé mentale du Québec 2005-2010: La force des liens*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux. Tiré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-914-05.pdf>
- Demotte, R. (2005). *Note politique relative à la santé mentale*. Belgique: Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. Tiré de www.iwsm.be/pdf_dir/Note%2025%2004%2005_Demotte.pdf
- Denis, J. L., Champagne, F., Pomey, M. P., Préval, J. et Tre, G. (2005). *Towards a framework for the analysis of governance in health care organizations*. Preliminary report presented to the Canadian Council on Health Services Accreditation: Université de Montréal.
- Department of Health (1999). *A national service framework for mental health*. England: National Health Service. Tiré de www.gov.uk/government/publications/quality-standards-for-mental-health-services
- Department of Health (2006). *A vision for change: Report of the expert group on mental health policy*. Government of Ireland. Tiré de www.dohc.ie/publications/pdf/vision_for_change.pdf?direct=1
- Department of Health (2011). *No Health without Mental Health: A Cross-Government Mental Health Outcomes Strategy for People of All Ages*. England: National Health Service. Tiré de www.gov.uk/government/publications/the-mental-health-strategy-for-england
- Department of Health (2011). *The Action Plan for Mental Health in New Brunswick 2011-2018*. Province of New Brunswick. Tiré de www.gnb.ca/0055/pdf/2011/7379%20english.pdf
- Funk, M., Gale, E., Grigg, M., Minoletti, A. et Yasamy, T. (2005). Mental Health Promotion: An important component of national mental health policy. In H. Herrman, S. Saxena et R. Moodie (dir.), *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: report of the World Health Organization* (p. 216-226). Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne, WHO library.
- Gomez-Beneyto, M., Escobar, E. R., Rasillo Rodriguez, E., Gomez Gonzalez, B., Blanco Quintana, A., Vannereau Sanchez, D. et Pena-Rey Lorenzo, I. (2009). *Mental health strategy of the Spanish national health system 2009-2013*. Spanish Ministry of Health, Social services and Quality. Tiré de www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/MentalHealthStrategySpanishNationalHS.pdf

- Health and Wellness Minister (2012). *Together we can. The plan to improve mental health and addictions care for Nova Scotians*. Nova Scotia. Tiré de <http://novascotia.ca/dhw/mental-health/reports/Mental-Health-and-Addictions-Strategy-Together-We-Can.pdf>
- Lawrence, P. R. et Lorsch, J. W. (1967). Differentiation and integration in complex organisations. *Administrative Science Quarterly*, 12(1), 1-47.
- Lin, V., Jones, M. C., Synnot, A. et Wismar, M. (2012). Synthesizing the evidence: how governance structures can trigger governance actions to support Health. In D. McQueen, D. Wismar, M. Lin, V. Jones et C. M. Davies (dir.), *Intersectorial governance for health in all policies* (p. 23-55). Observatory Studies Series 26: European observatory on health systems and policies.
- Louazel, V. et Lair, M. L. (2013). *Réforme de la psychiatrie et politique de santé mentale*. Grand-Duché du Luxembourg: Ministère de la Santé. Tiré de www.sante.public.lu/publications/systeme-sante/politique-nationale-sante/reforme-psychiatrie-politique-sante-mentale-resume-2013/reforme-psychiatrie-politique-sante-mentale-resume-2013.pdf
- Minister of Health (2006). *Te Kōkiri: The Mental Health and Addiction Action Plan 2006–2015*. New Zealand, Wellington: Ministry of Health. Tiré de www.health.govt.nz/publication/te-kokiri-mental-health-and-addiction-action-plan-2006-2015
- Ministère chargé de la Santé et ministère chargé des Solidarités (2011). *Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015*. France. Tiré de www.sante.gouv.fr/presentation-du-plan-sante-mentale-2011-2015.html
- Ministry of Health of Turkey (2006). *Republic of Turkey National Mental Health Policy*. The Ministry of Health of Turkey: General Directorate of Primary Care. Turkey. Tiré de: http://www.ihsandag.gen.tr/index_dosyalar/trnationalmentalhealthpolicy.pdf
- Ministry of Health Services and Ministry of Children and Family (2010). *Healthy minds, healthy people: A ten-year plan to address mental health and substance use in British Columbia*. Colombie-Britannique. Tiré de www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2010/healthy_minds_healthy_people.pdf
- Ministry of Social Affairs and Health (2010) *Plan for mental health and substance abuse work. Proposals of the Mieli working group to develop mental health and substance abuse work until 2015*. Finland: Reports of the Ministry of the Social Affairs and Health. Tiré de www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-12329.pdf
- Mintzber, H. (2004). *Le management: Voyage au centre des organisations*. (Béhar, J. M. traducteur). Paris: Éditions d'Organisation.
- Norwegian Ministry of Labour and Social Inclusion and Norwegian Ministry of Health and Care Services (2007). *National Strategic Plan for Work and Mental Health 2007-2012*. Norway. Tiré de www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Planer/I-1127EWEB.pdf

- Ontario Ministry of Health and Long-Term Care (2011). *Open Minds, Healthy Minds. Ontario's Comprehensive Mental Health and Addictions Strategy*. Tiré de
www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/mental_health2011/mentalhealth_rep2011.pdf
- Organisation mondiale de la Santé (2013). Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. Organisation mondiale de la Santé. Tiré de
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf?ua=1
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. London: Collier-MacMillan.
- Touati, N., Roberge, N., Denis, J. L., Pineault, R. et Cazale, L. (2007). Governance, health policy implementation and the added value of regionalization. *Health-care Policy*, 2(3), 97-114.
- Wholey, J. S. (1987). Evaluability assessment: developing program theory. In L. Bickman (dir.), *Using Program Theory in Evaluation*. New directions for program evaluation, San Francisco: Jossey-Bass.
- Zaheer, A. et Bell, G. G. (2005). Benefiting from network position: firm capabilities, structural holes, and performance. *Strategic Management Journal*, 6(9), 809-825.