

Grandes tendances et renouvellement des pratiques en santé mentale (1988-1997) : pour une mise à jour de la politique de santé mentale du Québec

Jean Gagné and Henri Dorvil

Volume 10, Number 1, Spring 1997

10^e anniversaire

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/301382ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/301382ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université du Québec

ISSN

0843-4468 (print)

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Gagné, J. & Dorvil, H. (1997). Grandes tendances et renouvellement des pratiques en santé mentale (1988-1997) : pour une mise à jour de la politique de santé mentale du Québec. *Nouvelles pratiques sociales*, 10(1), 29-41. <https://doi.org/10.7202/301382ar>

❖ Grandes tendances
et renouvellement
des pratiques en santé
mentale (1988-1997) :
pour une mise à jour
de la politique de santé
mentale du Québec

Jean GAGNÉ
Regroupement des ressources alternatives
en santé mentale du Québec

Henri DORVILLE
Groupe de recherche sur les aspects sociaux
de la santé et de la prévention
Université de Montréal

De sa naissance en 1988 à aujourd'hui, *Nouvelles pratiques sociales* a régulièrement ouvert ses pages aux chercheurs et praticiens sociaux du domaine de la santé mentale. En conformité avec son objectif, la revue ne pouvait d'ailleurs faire autrement. Les dix premières années de vie de NPS coïncident en effet avec celles de la gestation, de l'implantation et de l'évaluation de la « nouvelle Politique de santé mentale du

Québec ». De plus, cette politique, adoptée en 1989, s'implantait comme le prototype de la Réforme globale des services sociaux et de santé du Québec. C'est d'ailleurs ce que nous confirmait en entrevue le ministre en poste en décembre 1991. (M.-Y. Côté, 1992).

La Politique de santé mentale et l'esprit général de la Réforme appartiennent à un nouveau modèle de gestion étatique qui consiste en une déconcentration administrative du sommet vers les régions et, arrivé à ce palier, à la promotion d'un partenariat multipartite, c'est-à-dire impliquant les établissements, les organismes communautaires et les ressources privées. Il s'agit de répondre aux impasses du dispositif ultracentralisé hérité de la période de l'État-providence et dont la remise en question s'alimente à deux sources principales : le néolibéralisme et la social-démocratie. Les perspectives de développement du champ social de la santé mentale sont donc soumises à des forces complexes et contradictoires qui peuvent lui impulser au moins trois directions : une privatisation des services gérés à distance par l'État, le maintien d'un statu quo appauvri ou l'élaboration d'un modèle public mixte où le secteur communautaire occuperait une place significative et jouerait un rôle de vigilance et d'innovation par rapport à un réseau public qui, lui, assurerait toujours une distribution universelle des services requis pour l'ensemble de la population.

Récemment, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) publiait un document de consultation *Orientations pour les services de santé mentale au Québec* (MSSS, avril, 1997, ci-après : *Orientations*). Ce document a surtout retenu l'attention parce qu'il affirmait la détermination du ministère à fermer 3 000 lits de soins psychiatriques et à en réallouer les ressources vers la communauté d'ici l'an 2002. Précisons d'emblée que cette prise de position spectaculaire au premier abord ne ferait, si elle se réalisait, qu'aligner le Québec sur des normes courantes dans nombre de provinces canadiennes, d'États américains, en Grande-Bretagne et dans d'autres pays du monde anglo-saxon. Mais, outre cette annonce, le document entreprend la mise à jour de la Politique de santé mentale de 1989.

RÉTROSPECTIVE DES TRAVAUX DE MISE À JOUR DE LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE

Le but avoué de la Politique de santé mentale était précisément de renouveler les pratiques en ce domaine à partir de cinq orientations principales : assurer la primauté de la personne ; accroître la qualité des

services ; favoriser l'équité ; rechercher des solutions dans le milieu de vie et consolider le partenariat. Le bilan d'implantation du MSSS s'est intéressé à la réalisation effective de ces orientations. Pour y arriver, il a procédé à une enquête, sous forme d'entrevues de groupe, auprès des différents « partenaires » impliqués : les associations d'établissements, les regroupements régionaux et nationaux d'organismes communautaires, la CSN, des corporations professionnelles et des associations d'utilisateurs. Toutefois, la définition des objectifs de l'enquête, la méthode de collecte de données et leur analyse sont demeurées aux mains d'un comité formé exclusivement de professionnels du ministère et des régies régionales.

Mentionnons, pour mémoire, la publication des *Recommandations pour développer et enrichir la Politique de santé mentale* du Comité de la santé mentale du Québec en 1994 et une consultation postale menée par le ministère à propos de ce même avis, en juin 1995 (résultats non publiés). La Direction de la planification et de l'évaluation du MSSS a aussi créé un Comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes dont les travaux sont terminés mais non publiés en avril 1997. En août 1996, le MSSS a formé un Comité de mise à jour de la Politique de santé mentale dont les travaux n'étaient pas terminés au moment d'écrire ces lignes. Par contre, un document de consultation sur la prévention du suicide était publié depuis février 1997 tandis que la Commission des affaires sociales du Québec avait terminé ses audiences de consultation à propos de la *Loi sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale*.

Le problème ici n'est pas tant la multiplication des consultations que la manière dont elles sont menées. La problématique générale est segmentée en plusieurs éléments et les différents groupes concernés n'ont jamais l'occasion de débattre ensemble de leur compréhension respective des enjeux. Ce qui rend difficile une perspective globale. C'est d'ailleurs pour cette raison que le RRASMQ, l'AGIDD-SMQ, la CSN et la coalition Solidarité Santé réclamaient un débat public sur tous les enjeux de la mise à jour de la Politique de santé mentale. La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec a, pour sa part, aussi déploré que cette consultation ne se mène que sur une base privée évitant ainsi la tenue d'un débat public des plus importants (FIIQ, 1997).

Première orientation : assurer la primauté de la personne

Le Bilan d'implantation souligne l'échec de plusieurs mesures prévues comme celle concernant la « primauté de la personne ».

En premier lieu, le Plan de services individualisé (PSI), bien que rendu obligatoire par la Loi, n'a guère été adopté par le milieu. En fait, il est presque unanimement rejeté par les usagers, par les organismes communautaires, par les groupes de défense de droits, par les associations de familles et par les intervenants (Potvin, 1997 : 17-24). Calqué sur un modèle emprunté à ce qui se faisait déjà dans le secteur de la déficience intellectuelle, le PSI voulait coordonner autour de la personne l'ensemble des interventions de manière à éviter les doubles messages, les doubléments ou les ruptures de services. En réduisant les difficultés des personnes à un problème d'habileté ou de « savoir-faire », le PSI devient, selon ses détracteurs, un système envahissant. La multiplication des conseillers menace les droits à la confidentialité, à la liberté de choix et, de là, à la reconquête de l'autonomie citoyenne des usagers. On laisse néanmoins la porte ouverte à sa relance : « [...] on doit reconnaître aujourd'hui les limites de cet instrument ainsi que la nécessité de diversifier et d'intensifier l'action à cet égard. » (MSSS, 1997 : 9) On ne répond pas à la demande des groupes alternatifs et de défense de droits, à savoir le retrait pur et simple de ces plans de la Loi 120.

Par ailleurs, en même temps que le ministère commence à reviser son enthousiasme pour l'implantation des PSI, il manifeste un engouement pour les « programmes de suivi intensif dans la communauté ». Il s'agit de programmes déjà adoptés dans une trentaine d'États américains et connus sous l'acronyme de PACT pour Program for Assertive Community Treatment. Le PACT, à l'instar du PSI, vise à coordonner l'ensemble des services destinés aux personnes. Il s'agit d'organiser une intervention concertée impliquant les établissements, les organismes, la famille, le voisinage, l'employeur et les institutions en général. Le document précise : « Le suivi est assuré régulièrement sans qu'une demande expresse soit formulée, le retrait social étant considéré comme un symptôme précurseur d'une crise. » (MSSS, 1997 : 15) Comme on le voit, cette nouvelle formule soulève encore les problèmes éthiques du respect de la confidentialité et du consentement aux soins. Il faudra prendre garde à cette nouvelle recette miracle qui, comme les PSI ou encore le *case management*, pourrait très vite se révéler un mirage. La littérature (Goering *et al.*, 1988) indique déjà que les programmes de type PACT ne s'avèrent efficaces que pour des personnes souffrant de schizophrénie, soit 25 % de la clientèle. Selon le plan de transformation de l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine (version du 11 février 1997), il y aurait plutôt 10 à 20 % de personnes atteintes de troubles mentaux graves qui pourraient bénéficier du Suivi intensif en milieu naturel (SIMN). D'où la nécessité d'utiliser ces trois formules à leur juste mesure en les adaptant aux situations particulières des usagers.

Le deuxième moyen, l'information, parce que réduit à des campagnes médiatiques d'envergure nationale avec des slogans tels que « comprendre, c'est fondamental » et « accepter, c'est fondamental », n'aura pas eu les impacts attendus. On a reproché à ces « spots » publicitaires de présenter un aspect trop général pour toucher les gens tout en reproduisant une image de la santé mentale réduite à la maladie. Dans une nouvelle stratégie de sensibilisation du public, le MSSS devrait capitaliser sur l'évolution lente, mais positive des perceptions et des attitudes des Québécois à l'égard des personnes ayant des troubles mentaux (Dorvil, 1988 ; Lamontagne, 1993 ; St-Laurent et Clarkson, 1989).

Enfin, la mesure promotion du respect et de la défense des droits semble avoir été implantée avec plus de succès. On note, cependant, que s'il existe désormais des comités régionaux et indépendants de défense de droits partout au Québec, leur financement demeure encore parfois trop réduit pour répondre à l'ampleur de leur mandat. Les groupes concernés déplorent aussi le peu de collaboration qu'ils obtiennent des institutions : « Encore aujourd'hui, dans plusieurs centres hospitaliers, on refuse à la personne l'accès à un conseiller en défense de droits en santé mentale des départements et hôpitaux psychiatriques. » (AGIDD-SMQ, 1997 : 18)

On se surprend, par ailleurs, que les *Orientations* tout en prévoyant une bascule importante des services d'hospitalisation vers la communauté (60 % / 40 %), n'insistent pas pour autant sur la consolidation des groupes d'accompagnement et de défense des droits.

Deuxième orientation : l'amélioration des services

En ce qui concerne la seconde orientation, « l'amélioration des services » par un investissement accru dans la recherche, la formation et l'évaluation, on constate aussi de nombreux ratés. Le ministère ne serait même pas en mesure de vérifier si l'objectif d'affecter 15 % des fonds de recherche en santé à la santé mentale est atteint. Il y aurait tout de même eu augmentation. Un fonds spécial FRSQ-CQRS a été créé et a permis de distribuer 1 million de dollars pour 25 nouvelles recherches qui, cependant, ne répondent pas nécessairement aux problématiques prioritaires soulevées par la Politique de santé mentale. L'arrimage entre les universités, le MSSS et l'enseignement supérieur reste toujours à faire. (Potvin, 1997 ; 47-48)

Par ailleurs, dans le document *Orientations*, on nous annonce la création d'un Institut universitaire de recherche en santé mentale sans nous dire ce qui en a empêché la mise sur pied, dès lors que le MSSS en avait la possibilité légale depuis 1991 (en vertu de l'article 89 de la LSSSS). On sait qu'en 1996, au moment où le ministère mettait sur pied un comité de réflexion à ce sujet, qui n'a d'ailleurs jamais siégé, les grands centres hospitaliers psychiatriques tentent de s'associer aux universités pour obtenir la gouverne de cet éventuel institut. De plus, et pour peu que la santé mentale soit un phénomène bio-psycho-social, l'institut de recherche qu'on lui dédie devra refléter ce nouveau consensus scientifique dans sa structure même et ne pas être confiné à un seul site traditionnellement voué à la bio-psychiatrie. Il faudra plaider résolument pour un institut multiparadigmatique et multisite.

En ce qui a trait à l'évaluation, le MSSS a publié une proposition de cadre général en 1990 ainsi qu'un guide particulier pour les organismes communautaires en 1994, le *Cadre de référence concernant une évaluation respectueuse des organismes communautaires et bénévoles financés par le MSSS*, rédigé en collaboration avec des représentantes du milieu communautaire et de la Conférence des régies de la santé et des services sociaux du Québec. Le 16 juillet 1996, le ministre le recommandait à toutes les régies du Québec en tant que document de référence pour expérimenter les évaluations des ressources communautaires. À notre connaissance, ni l'un ni l'autre de ces guides n'a encore été testé sur le terrain. Les *Orientations* relancent cet objectif sans faire l'analyse de sa faible implantation, ni même mentionner les deux publications issues du ministère.

Le dossier est éminemment politique. Ainsi, les communiqués de l'Association des psychiatres du Québec (*TELBEQ*, 6 février 1997) et de l'Association des hôpitaux du Québec (*Le Devoir*, 24 janvier 1997) réclament en chœur l'évaluation de l'efficacité et de la pertinence des objectifs des organismes communautaires. Les *Orientations*, quant à elles, prévoient de confier le mandat de développer des outils d'analyse et de vérification de la qualité des services offerts dans le cadre du virage communautaire au Comité de la santé mentale du Québec. Il est clair que toute l'opération menée par le ministère depuis 1989 vise à corriger une situation héritée des trente années où ce sont précisément les centres hospitaliers et les psychiatres qui ont tenu le haut du pavé. Selon les chiffres du MSSS, 84 % de ses ressources financières allouées à la santé mentale sont dépensées pour les services hospitaliers (Breton, 1995) alors que 3 % seulement le sont pour les organismes communautaires (*Orientations*). Toutes les dépenses publiques méritent d'être évaluées au nom du principe de l'imputabilité.

Troisième orientation : assurer une meilleure équité

La troisième grande orientation visait à assurer une « meilleure équité » des services intra- et suprarégionaux. Ainsi, on prévoyait d'abord favoriser l'accès de tous les citoyens à une gamme complète de services : l'information, la prévention et la promotion, la défense de droit, le traitement spécialisé, le soutien aux familles et des services de réadaptation et de réintégration. On observe que les deux premiers éléments de la gamme – information, prévention et promotion – sont plutôt négligés et inégalement disponibles selon les régions.

Le traitement spécialisé est, quant à lui, demeuré l'apanage quasi exclusif des établissements psychiatriques. Très peu de nouveaux projets alternatifs ont fait leur apparition sur ce terrain, bien qu'il existe une expertise réelle mais non publicisée faute de financement. On constate, par contre, que dans certaines régions les départements psychiatriques des hôpitaux ont débordé leur mandat pour investir, d'une part, dans certaines régions, les services de première ligne en lieu et place des CLSC ou des organismes communautaires et, d'autre part, en recevant des clientèles à long terme. Enfin, les mandats de réadaptation et de réintégration sociale seraient surtout confiés aux organismes communautaires. On déplore cependant la trop faible disponibilité d'hébergements communautaires ainsi que de services de formation et de placement à l'emploi. La situation s'avère d'autant plus inquiétante aujourd'hui puisque les résidences d'accueil (anciennement famille d'accueil) et les pavillons, deux entités sous contrôle hospitalier, occupent en moyenne 75 % du parc d'hébergement (Morin, 1993). Plus encore, cette tendance s'accroît depuis la disparition des centres de services sociaux (CSS) qui contrebalançaient autrefois le pouvoir psychiatrique. En confiant ainsi un pan entier du processus désinstitutionnel aux tenants traditionnels et « modernistes » du monopole hospitalier, ne risque-t-on pas de recréer sciemment l'asile ? La désinstitutionnalisation a été créée, faut-il le rappeler, en réaction aux effets dépersonnalisants et aliénants produits par le monde asilaire. Ainsi, la désinstitutionnalisation ne saurait se faire sur les mêmes prémisses que l'institutionnalisation déjà tant décriée.

Dans plusieurs régions, la gamme prévue, bien qu'existante formellement, n'est pas accessible à toute la population pour des raisons de sous-financement. On peut évidemment à cet égard s'inquiéter de la priorisation exclusive des catégories de clientèles dites « sévères et persistantes » dans les *Orientations* au détriment de celles plus jeunes dans le réseau qui, si elles ne sont pas aidées rapidement, risquent à leur tour la chronicisation.

Quatrième orientation : rechercher des solutions dans le milieu de vie

La quatrième grande orientation de la Politique est celle de « rechercher des solutions dans le milieu de vie ». Il s'agit sans contredit de l'objectif qui a fait le plus illusion depuis 1989. Il visait à mieux reconnaître les organismes communautaires et à compléter la désinstitutionnalisation. La publication du tome II du Rapport du vérificateur général pour l'année 1995-1996 (Breton, 1996) a porté un dur coup à l'image du MSSS. Le vérificateur a en effet démontré que le Québec subventionnait encore le double du nombre de lits affectés aux soins psychiatriques que lui permettaient théoriquement ses propres normes adoptées depuis 1976. Qui plus est, les quelques réductions de lits intervenues de 1991 à 1996 n'avaient nullement donné lieu à des transferts dans la communauté mais plutôt à un enrichissement des centres hospitaliers. Le vérificateur conclut : « Six ans après l'élaboration de la Politique de santé mentale, on ne peut que constater un échec quant au réaménagement souhaité des ressources en santé mentale. »

Quant à la reconnaissance des ressources communautaires, il est certain qu'elles ont reçu un coup de pouce appréciable depuis 1989. Cependant, ce qui est le plus marquant, c'est la reconduction constante du déséquilibre du système en faveur des ressources d'institutionnalisation : 64 % du budget global est consacré aux hospitalisations alors que tous les services et activités dispensés par les organismes communautaires et le CLSC n'en grèvent que 6 % (*Orientations*). Le Bilan d'implantation recommande de viser une augmentation des subsides aux organismes communautaires (rien n'est dit des CLSC) pour atteindre un minimum de 10 % du budget global. Dans les *Orientations*, le ministère adopte cependant une perspective qui ne prend en compte que la réduction des dépenses attribuables aux « lits » de soins psychiatriques. Toutes les autres formes de services sont désormais considérées comme des mesures alternatives ou communautaires. Ainsi, dans son Plan de transformation (1997 : 8), l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine définit les ressources alternatives vers lesquelles il entend réaffecter ses ressources : « Il faut comprendre ici des ressources ou services de l'hôpital utilisant du personnel formé et expérimenté avec l'approche préconisée. » Dès lors, on risque fort de se retrouver dans la situation déjà dénoncée par le vérificateur général.

Cinquième orientation : consolider le partenariat

Enfin, la cinquième grande orientation concernait la « consolidation du partenariat ». Maintes critiques furent adressées au partenariat tel qu'il

est pratiqué par les régies au moment de rédiger les fameux Plans régionaux d'organisation des services (PROS). Les participants des tiers « hors réseau » ne bénéficiaient pas d'un soutien logistique et pédagogique suffisant. Le rythme des travaux ne permettait pas des débats de fond. Les règles du jeu n'étaient pas clairement établies, entre autres, les rôles des fonctionnaires des régies régionales par rapport à celui de leur conseil d'administration ainsi que les modalités et conséquences de l'approbation des PROS par Québec (deux seulement l'ont été à ce jour !). Malgré ces difficultés, le milieu communautaire en santé mentale a constamment soutenu la formule des comités tripartites qui permettait au moins de créer un espace public favorisant l'ouverture du système (Guay, 1991 ; Lamoureux 1994 ; Gagné, 1997). Depuis, la formule s'est transformée en faveur de la multiplication des lieux de concertation sur des bases variées (sous-région, MRC, regroupement de problématiques ou de services), mais sans reconduire un Comité régional exerçant une vigilance sur la planification ou l'implantation de tous les services en santé mentale sur son territoire. Encore une fois, du Bilan d'implantation aux *Orientations*, on constate une dilution de la détermination du ministère à « communautariser » le système. Le Bilan d'implantation recommande la reconduction de la formule des Comités tripartites pour entreprendre la seconde phase d'implantation de la Politique alors que dans les *Orientations*, le ministre se contente de parler d'un vague « [...] lieu d'échange et de concertation pour favoriser le partage des expériences, soutenir les nouvelles solidarités et proposer les ajustements requis en cours de route » (*Orientations*, 1997 : 37).

Un dernier moyen prévu par la politique initiale au chapitre du partenariat concernait celui d'établir, au niveau du gouvernement lui-même, un système d'harmonisation des politiques, comme celles du logement, de la sécurité du revenu, de la jeunesse, de la sécurité publique, etc., à celle adoptée en santé mentale. On appelait donc à l'adoption d'une politique d'ensemble. Le Bilan d'implantation récidive en réduisant ce moyen à un Comité interministériel devant favoriser l'intersectorialité. Enfin, les *Orientations* parlent plutôt d'un « mécanisme » interministériel.

Les tensions

Selon le document de consultation du MSSS, les ratés de la politique seraient attribuables à « Des conflits dans les approches, les juridictions et le contrôle des ressources [qui] ont accentué dans certaines régions la difficulté de fournir des services continus » (MSSS, 1997 : 9). Une telle formulation a le défaut de mettre à plat une problématique qui dépasse de beaucoup les « chicanes de clocher ». En fait, ces « tensions » expriment

un état de crise équivalent à celui auquel faisait face le champ québécois de la santé mentale, au début des années 1960, sous la houlette des religieuses hospitalières. Encore une fois, tout le système des services de santé mentale est pratiquement dominé par une seule approche, l'approche biomédicale et par un club limité d'orthodoxes, celui des psychiatres et des administrateurs hospitalocentristes. L'État voudrait bien que les différents groupes d'intérêt s'entendent pour une meilleure harmonisation du système de santé mentale. Les groupes communautaires veulent une reconnaissance de leur action thérapeutique non explicitement statuée, par ailleurs, dans la Politique de santé mentale. Les professionnels, voulant protéger leur territoire, s'opposent à cette reconnaissance et remettent en question les compétences thérapeutiques des groupes communautaires. Plus encore, le président de l'Association des médecins-psychiatres va même jusqu'à tracer leur champ d'action : soutien aux familles et aide aux changements des mentalités à l'égard des patients psychiatriques (Boudreau, 1991 ; Gagné, 1996). Pour les psychologues, ils sont par la voix de leur corporation professionnelle, les seuls avec les psychiatres habilités « *in the treatment of mental health problems* » (Boudreau, 1991). Quant à l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux ainsi que l'Association des infirmières et infirmiers, ils contestent tous deux la hiérarchie de pouvoir régissant le système des services sociaux et de santé mentale et plaident pour une union des acteurs à l'horizontale (Boudreau, 1991).

Pourtant, le partenariat suppose des partenaires égaux. Le sont-ils réellement ? Non, répond la sociologue Françoise Boudreau (1991). Un autre auteur (Domergues, 1988) précise les conditions de réalisation du partenariat :

[...] dans la société partenariale, les acteurs doivent avoir des droits et des devoirs réciproques. Ils doivent avoir un pouvoir et des responsabilités comparables. Ils doivent retirer des avantages tangibles ou intangibles de même importance. Bref, ils doivent être égaux dans la coopération. Cette équité – les Américains disent *fairness* – est essentielle [...] sans équité, il n'y a pas de partenariat.

QUE CONCLURE ?

Deux faits sont à inscrire dans la mémoire du temps. Tout d'abord, en dépit de quelques ratés inhérents à toute expérience humaine, la désinstitutionnalisation a des effets positifs. Les psychiatisés ont pu retrouver leur liberté hors des murs asilaires, ont réappris des habiletés sociales. Il y a eu également démystification de la notion de « maladie mentale »,

acceptation par la communauté des personnes manifestant des troubles mentaux, pressions de la part des associations de bénéficiaires, de parents, d'amis pour l'allocation de ressources nécessaires à l'intégration sociale, programme répit dépannage pour les familles, renforcement des droits des usagers à l'échelle nationale. Ensuite, ce qui est décevant, c'est le manque de courage politique des gouvernements successifs du Québec et le machiavélisme des pouvoirs professionnels inféodé au conservatisme des administrations en place qui n'ont pas voulu porter remède à trois problèmes cruciaux pourtant diagnostiqués par deux commissions d'enquête, le Rapport Harnois (1987) et le Rapport Rochon (1988) :

- la compétition des services entre eux et la discontinuité des soins ;
- la prise en otage des services de santé mentale par les groupes d'intérêt ;
- la reconnaissance de l'importance des ressources communautaires et leur sous-financement.

Faire le bilan des dix années de la Politique en santé mentale, c'est en fin de compte faire le bilan de plus de trente ans de tamponnage. Puisque, à chaque décennie, on préconise des choses qu'on n'a pas réalisées la décennie précédente. Bref, en santé mentale et en psychiatrie, on dit avec un vocabulaire différent à peu près les mêmes choses depuis le Rapport Bédard, Lazure, Roberts du début des années 1960. Pour le dixième anniversaire de la revue NPS, la santé mentale n'a que quelques biscuits à la mélasse à lui offrir en lieu et place d'un vrai beau gâteau.

Bibliographie

- ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1997). *Réactions de l'association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec aux orientations pour la transformation des services de santé mentale*, Document photocopie, Montréal.
- BOUDREAU, Françoise (1991). « Stakeholders as Partners : The Challenges of Partnership in Quebec Mental Health Policy », *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 10, n° 1, 7-28.
- BRETON, Guy (1996). *Rapport du vérificateur général à l'assemblée nationale pour l'année 1995-1996*, Tome II, Le vérificateur général du Québec, Québec.
- BRETON, Madeleine (1995). *Salles d'urgence situation en santé mentale : questionnements et pistes d'action*, Québec, Gouvernement du Québec, MSSS.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1994). *Recommandations pour développer et enrichir la politique de santé mentale*, Québec, Les Publications du Québec.
- COMITÉ DE TRAVAIL SUR LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE OFFERTS AUX FEMMES (1997). *Écoute-moi quand je parle...*, Rapport du Comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes, Document de travail inédit.

- CÔTÉ, Marc-Yvan (1992). «La délicate cohabitation du communautaire et de l'institutionnel en santé mentale», Entrevue avec le ministre Marc-Yvan Côté réalisée par Henri Dorvil et Jean Gagné, *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 5, n° 1, 7-23.
- DOMMERMUES, P. (1988). *La société de partenariat – économie, territoire et revitalisation régionale aux États-Unis et en France*, Paris, AFNOR, Anthropos.
- DORVIL, Henri (1988). *Histoire de la folie dans la communauté 1962-1987*, Montréal, Éditions Émile-Nelligan.
- FÉDÉRATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (1997). *Un virage vers l'autonomie en santé mentale et en psychiatrie*, Mémoire présenté au ministre de la Santé et des Services sociaux dans le cadre de la consultation privée portant sur les Orientations pour la transformation des services de santé mentale, FIIQ, 41 pages.
- GAGNÉ, Jean (1996). «Le virage ambulatoire en santé mentale: un détour qui évite l'alternative», *Santé mentale au Québec*, vol. XXI, n° I, 15-26.
- GAGNÉ, Jean (1997). «Le partenariat dans le champ de la santé mentale à la période post pros», tiré de *Au-delà de la tourmente, de nouvelles alliances à bâtir*, Actes du colloque des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC et en centre de santé, Chicoutimi, GRIR, Université du Québec à Chicoutimi, p. 67-80.
- GOERING, P.N., WASYLENKI, D.A., FARKAS, M., LANCEE, N.J. et R. BALLANTYNE (1988). «What Difference Does Case Management Make?», *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 39, n° 3, 272-276.
- GUAY, Lorraine (1991). «Le choc des cultures: bilan de l'expérience de participation des ressources alternatives à l'élaboration des plans régionaux d'organisation de services en santé mentale», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 4, n° 2, 43-58.
- HARNOIS, Gaston et COMITÉ DE LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1987). *Pour un partenariat élargi*, Projet de Politique de santé mentale pour le Québec, Québec, Les Publications du Québec.
- HÔPITAL LOUIS-H.-LAFONTAINE (1997). *Plan de transformation, les orientations et le modèle d'organisation des services en psychiatrie*, Montréal, 44 pages.
- LAMONTAGNE, Yves (1993). «Perceptions des Québécois à l'égard de la maladie mentale», *L'Union médicale du Canada*, vol. 122, n° 5, 334-343.
- LAMOUREUX, Jocelyne (1994). *Le partenariat à l'épreuve*, Montréal, Éditions St-Martin.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1989). *La Politique de santé mentale du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1996). *La transformation des services de santé mentale: orientations jusqu'en 2002*, Document de consultation, 27 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Orientations pour la transformation des services de santé mentale*, Document de consultation, Québec, Gouvernement du Québec.
- MORIN, Paul (1993). *Espace urbain montréalais et processus de ghettoïsation de populations marginalisées*, Thèse de doctorat en sociologie, Montréal, Université du Québec à Montréal.

POTVIN, Nelson (1997). *Bilan d'implantation de la politique de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

ROCHON, Jean et COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (1988). *Rapport*, Québec, Les Publications du Québec.

ST-LAURENT, D. et M. CLARKSON (1989). « Intégration, les barrières s'estompent », *Santé et Société*, vol. 11, n° 2, 23-25.