

Conclusion

Introduction

Les stratégies et programmes décrits dans le présent document offrent un exemple convaincant de la gamme d'excellentes pratiques innovatrices qui ont vu le jour avec la réforme des soins de la santé mentale au Canada. Nous ne pouvons cependant affirmer, en raison des méthodes de sélection et d'évaluation des programmes mentionnés, qu'ils sont supérieurs aux nombreux autres programmes ou stratégies présentement en œuvre. Mais ces descriptions illustrent bien les possibilités de mise en œuvre et de diffusion des meilleures pratiques. Ces applications diverses des meilleures pratiques représentent une richesse d'expériences sur les nouveaux modes de prestation des services et services de soutien. Nous espérons que cette compilation constituera pour tous ceux et celles qui participent à des efforts de réforme une source d'inspiration, d'idées et de renseignements pratiques, en plus d'une liste précieuse de personnes-ressources. Dans ce dernier chapitre, nous ferons un bref résumé des stratégies et programmes mentionnés et énumérerons les leçons à retirer de ces expériences, nous discuterons des caractéristiques des innovations et ferons un survol des considérations touchant la mise en œuvre des meilleures pratiques en matière de santé mentale.

Concordance des stratégies et programmes avec les meilleures pratiques

Les stratégies et programmes étudiés affichent au moins une application des meilleures pratiques de chacune des sept catégories de services de base d'un système de santé mentale complet, tel que *l'Examen de la documentation* en fait état. Deux programmes de l'analyse situationnelle abordent des questions importantes qui n'avaient pas été couvertes en détail dans l'examen des meilleures pratiques, mais dont l'importance et la pertinence à nos yeux justifiaient leur inclusion à notre étude. Il s'agit du Programme de diagnostic mixte de la société Phoenix, qui vise le sous-groupe des personnes souffrant de maladies mentales graves, dont le nombre est en croissance et qui présentent des défis particuliers, et du Projet-pilote en santé mentale communautaire de la région d'Inuvik, qui illustre une démarche innovatrice de rayonnement et de développement communautaire dans une région nordique sous-desservie. La seule catégorie pour laquelle nous n'avons pas d'exemple est celle de l'évaluation, car nous n'avons reçu aucune candidature de la part des provinces. Cet état de choses s'explique sans doute par la tendance à accorder moins d'attention à cet aspect de la réforme qui, de toute façon, se déroule par définition à la conclusion des projets. Les membres de l'équipe ont étudié quatre applications sur le terrain, deux programmes de démonstration locaux et deux stratégies de système, et ceux-ci sont décrits en détail. Nous les avons choisis parce qu'ils représentaient des modèles d'adaptation uniques des meilleures pratiques et avaient eu une grande incidence sur leur propre système de santé.

Le programme Seven Oaks en Colombie-Britannique et le Connections Clubhouse à Halifax illustrent tous deux comment des éléments des meilleures pratiques, qui avaient démontré leur efficacité dans les recherches, pouvaient être intégrés à des *programmes locaux innovateurs*. La remise en collectivité des usagers à long terme s'est révélée faisable et préférable à l'hospitalisation. Le programme Seven Oaks a élaboré un nouveau modèle de soins qui démontre que même les usagers présentant des troubles de comportement pouvaient être transférés en milieu communautaire. De plus, ce projet a prouvé que l'on pouvait assurer des soins tertiaires dans un complexe de taille plutôt modeste sans engager de frais supplémentaires. Cette dernière conclusion intéressera tout particulièrement les responsables de la santé mentale en région où les distances et les difficultés de déplacement vont à l'encontre de la centralisation des services tertiaires ou spécialisés.

La prestation de services de logements ou d'emplois encadrés constitue également un élément des meilleures pratiques. Le Connections Clubhouse a réussi à combiner ces démarches à un accès aux services psychiatriques et au modèle traditionnel des clubs. La prestation de services multiples au sein d'un seul établissement permet d'accueillir un plus grand nombre d'usagers aux besoins particuliers et d'offrir une continuité de soins en devenant membre d'une collectivité donnée.

Ces deux programmes illustrent bien les possibilités de diffusion des principes et modèles de programmes. Deux autres programmes de clubs ont été mis sur pied en Nouvelle-Écosse, et trois régions de la Colombie-Britannique prévoient établir des programmes de soins tertiaires fondés sur l'expérience du programme Seven Oaks. Il est peu probable que ces projets aient pu devenir des modèles en leur genre sans les efforts déployés par le personnel et l'administration pour se faire connaître et s'engager au sein de leur collectivité respective. Ces deux programmes se distinguent au chapitre de la diffusion par leur volonté de communiquer aux autres les principes et pratiques de la réadaptation psychosociale, en plus de faire la démonstration de leurs succès même auprès des usagers les plus malades. Ces sont là deux ingrédients importants de leur influence.

Les *deux stratégies systémiques* décrites en détail sont l'Initiative d'élaboration de programmes pour les usagers et survivants (IEPCS) en Ontario et la Commission de la santé mentale au Nouveau-Brunswick.

Ces deux stratégies ont utilisé les politiques, le financement et les mécanismes d'exercice des pouvoirs pour obtenir des changements radicaux dans la prestation des soins de la santé mentale et services de soutien. L'IEPCS confirme les résultats de recherche qui soutiennent l'élargissement des activités d'aide autonome. De plus, l'Initiative approfondit et raffine le modèle traditionnel d'aide autonome avec des concepts originaux et des variations surprenantes de la conception du programme. Plutôt que de se concentrer uniquement sur la participation des usagers aux services existants, elle met l'accent sur les autres besoins. Elle a également élaboré des lignes directrices opérationnelles qui clarifient la façon dont ces initiatives se distinguent des programmes de santé mentale traditionnels. La Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick constitue un excellent exemple de mise en œuvre d'un des concepts principaux des meilleures pratiques dans le contexte canadien, c'est-à-dire, l'attribution de l'exercice des pouvoirs et du financement à un organisme central responsable de la santé mentale. Puisque la documentation scientifique décrit et évalue principalement des

organismes responsables de la santé mentale aux États-Unis, il est particulièrement intéressant et utile d'avoir une application des meilleures pratiques dans le contexte canadien du système de santé.

La portée de la réforme obtenue par ces deux stratégies systémiques est impressionnante, et elles ont fait l'objet d'évaluations systématiques. La création, avec une enveloppe budgétaire de 4 millions de dollars, de 36 projets viables qui sont maintenant des organisations autonomes ou le deviendront bientôt, constitue un résultat louable de l'IEPCS. De plus, les efforts de l'IEPCS ont mené à des modifications des politiques officielles et des attitudes quant à la place qui revient de droit aux usagers dans le système de santé. Les autres gouvernements provinciaux investissent actuellement des sommes considérables dans l'établissement de structures pour favoriser la participation des usagers et de leurs familles. Citons en exemple la Colombie-Britannique qui met sur pied son Programme de partenariat provincial avec un budget de 4 millions de dollars pour rehausser la participation des citoyens.

Nous avons beaucoup à gagner du partage de l'information et de l'expérience découlant de ces initiatives. La Commission du Nouveau-Brunswick a réussi une réaffectation majeure des ressources du secteur des établissements en faveur du milieu communautaire en peu de temps. Bon nombre des changements structurels (dont la protection de l'enveloppe budgétaire de la santé mentale, la direction centrale, la décentralisation et la participation communautaire) qui ont eu lieu seront conservés au sein de la nouvelle Division des services de soins de la santé mentale qui remplace la Commission. Tandis que le reste du Canada cherche encore le modèle idéal d'intégration des services de santé mentale, tous les regards seront tournés vers le Nouveau-Brunswick pour savoir si les progrès et les succès obtenus par une organisation responsable indépendante seront conservés à plus long terme.

Quelles sont les leçons à tirer?

Plusieurs constatations positives s'imposent à la suite de l'examen de ces exemples de réforme des soins de la santé mentale. Nous décrivons les constatations les plus frappantes ci-dessous :

Il est possible de réaffecter avec succès les fonds et le personnel des établissements de santé vers le secteur des soins communautaires.

Bon nombre des programmes innovateurs que nous avons décrits sont financés à même les économies réalisées par le réaménagement des effectifs des cliniques internes des hôpitaux provinciaux. Par exemple, le programme Seven Oaks et le Programme de partenariat pour la santé mentale et le logement de la Colombie-Britannique ont obtenu des fonds provenant de l'Hôpital Riverview qui, au cours des quatre premières années d'un plan décennal, leur a transféré 200 usagers et 13,2 millions de dollars en financement annuel. Nous sommes encouragés par le fait que bon nombre d'employés des programmes de meilleures pratiques avaient déjà travaillé au sein d'établissements de santé. Le personnel médical et le personnel de soutien des hôpitaux peuvent devenir d'excellents travailleurs communautaires s'ils sont dirigés par des directeurs ou directrices éclairés et qu'on leur offre des possibilités de formation ou de perfectionnement. Les programmes

comme le Programme de réadaptation communautaire intensif en Ontario et le Connections Clubhouse en Nouvelle-Écosse prouvent que le personnel hospitalier peut faire la transition vers les services communautaires de la santé mentale et obtenir d'excellents résultats. Le Manitoba s'est engagé à offrir un programme de formation qui reconnaît l'importance de ces nouvelles habiletés et d'une nouvelle orientation en tant que volet de la réforme du système.

Les collaborations de ministères et organismes qui traitent de questions autres que de santé ont une valeur maintes fois démontrée.

Le Service d'intervention en cas de crise au Manitoba illustre comment les organismes de santé et de services sociaux peuvent combiner leurs efforts (et leurs ressources) pour élaborer un système d'éléments interreliés. Le Projet-pilote de la région d'Inuvik est financé en partie par la Commission scolaire de division Beaufort-Delta. Le Collège communautaire de Lethbridge et Développement des ressources humaines Canada sont tous deux commanditaires du Programme de développement des habiletés en Alberta. On peut mieux répondre aux besoins variés des personnes aux prises avec des maladies mentales graves lorsque les questions de santé attirent la participation d'autres types d'organismes. Cette participation offre également aux programmes de soutien une pluralité de ressources en plus de permettre aux personnes atteintes de maladies mentales de participer à une plus vaste gamme d'activités au sein de la collectivité. La création et le maintien de tels liens interorganisationnels exigent des efforts et de l'habileté, mais la création d'initiatives innovatrices justifie pleinement ces collaborations.

Toutes les provinces sont marquées par le rôle influent de l'Association canadienne pour la santé mentale.

Comme nous l'avons décrit dans le chapitre 10, *Une nouvelle structure de soutien*, le bureau national de l'ACSM a élaboré et diffusé des concepts et des principes qui constituent un thème dominant des efforts de réforme des soins de la santé mentale des provinces. La Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick tire ses origines des efforts de défense des droits et des activités d'orientation de politiques du bureau local de l'Association. Les diverses divisions provinciales de l'Association sont souvent initiatrices et commanditaires d'initiatives provinciales comme le Programme d'apprentissage des habiletés de Lethbridge. Les professionnels de la santé mentale, les autres professionnels de la santé et les professionnels des services sociaux concluent des partenariats pour répondre aux besoins en services de soutien et en ressources dont tous les citoyens ont besoin. Tous les programmes et stratégies fondés sur les meilleures pratiques mettent l'accent sur la participation des usagers à leur planification, à leur gestion et à leur évaluation. On doit cette évolution importante aux activités et aux ressources de l'ACSM.

On peut changer les attitudes et vaincre la résistance au changement par une action concertée.

Nous sommes encouragés de voir comment, dans le cadre du Programme de partenariat pour la santé mentale et le logement de la Colombie-Britannique, les activités d'éducation et d'intervention ont réussi à faciliter l'acceptation de locataires ayant des problèmes de santé mentale dans des

complexes résidentiels publics. Ce succès s'apparente à ceux obtenus par le Connections Clubhouse et le Programme communautaire d'apprentissage d'habiletés au chapitre de la perception et des attitudes des employeurs qui ont donné des emplois aux usagers. De son côté, le regroupement AMI-Québec prouve que les professionnels peuvent apprendre des familles membres les pratiques qui doivent être modifiées. Le Programme de réadaptation communautaire intensif décrit le scepticisme du personnel professionnel, des familles et du public, au sujet du placement des usagers à long terme au sein de la collectivité. Lorsque le projet a fait la preuve que même les usagers ayant des problèmes sérieux pouvaient être traités et maintenus en milieu communautaire, ces attitudes négatives se sont transformées en appuis. Les expériences positives d'intégration à la collectivité de personnes souffrant de problèmes de santé mentale importants constituent un outil formidable pour réduire les préjugés et promouvoir la réforme.

Quels sont les éléments qui facilitent l'innovation?

Nous retrouvons certains facteurs communs parmi les stratégies et programmes décrits. Bien qu'aucun de ces facteurs ne soit une révélation en tant que facteur de changement, nous devons nous rappeler certaines des conditions préalables nécessaires à la réforme.

La combinaison d'une *direction habile et de l'engagement d'un noyau d'experts* caractérise tous les programmes étudiés dans l'analyse situationnelle. Bien que ce facteur n'ait pas été explicitement mentionné dans toutes les descriptions, l'enthousiasme et le dévouement des personnes qui exécutent ces programmes sont évidents dans les actions entreprises et le succès remporté. Les directeurs et directrices de programmes ne sont pas seulement d'habiles administrateurs, ils démontrent leur résolution à prendre des risques et leur capacité à inspirer et à diriger leur équipe pour mettre en œuvre des innovations. Dans certains cas, nous avons remarqué que le personnel professionnel avait été un facteur clé du succès du programme tandis que dans d'autres, ce sont les non-professionnels qui ont pris la tête du mouvement. Les connaissances intimes de la maladie mentale que possèdent les usagers et les membres de leurs familles constituent un ingrédient critique de la dotation de plusieurs de ces programmes.

Une philosophie et des principes bien articulés forment également le fondement des innovations mises en œuvre. Ces principes proviennent de sources différentes. La réadaptation psychosociale forme les valeurs et les attitudes de base de bien des programmes décrits. La formation en réadaptation psychosociale semble aider les programmes et systèmes cliniques à adopter le modèle de soins communautaires en constituant le point commun des différentes disciplines qui doivent converger et en mettant l'accent sur les soins axés sur les usagers.

Le modèle de structure de soutien de l'ACSM a élargi l'horizon des éléments de soutien communautaire et des capacités des usagers. Le modèle a guidé les activités de développement communautaires et a constitué le fondement logique d'une vaste gamme de mesures innovatrices. Dans toute la documentation sur les meilleures pratiques, on insiste sur l'importance d'avoir en place les structures et les activités particulières à chaque démarche, par exemple, le traitement

communautaire dynamique et les cliniques externes. Il peut sembler évident que ces pratiques sont plus susceptibles d'être mises en œuvre et poursuivies dans certains environnements. Mais la présente étude des programmes existants souligne l'importance d'avoir, comme fondement de tout changement d'importance, un ensemble de valeurs et un langage communs.

La planification et l'exploitation des programmes innovateurs reposent sur la participation d'une grande diversité de parties intéressées. Les rapports sur les liens avec d'autres groupes de la société et un haut taux de participation des usagers démontrent que les programmes innovateurs ne constituent pas des activités fermées. Une grande ouverture d'esprit permet d'obtenir des commentaires et suggestions provenant de gens ayant une perspective différente, ce qui rehausse les possibilités de collaboration et de résolution de problèmes, et favorise la création d'une *vision explicite de l'avenir, partagée par toutes les parties intéressées.*

Sur la scène nationale, l'élaboration d'une vision bien articulée dans le document *La Santé mentale des Canadiens : Vers un juste équilibre* (1988) a précisé le contexte des efforts provinciaux de réforme. Au palier provincial, les documents officiels de planification et de description de services et services de soutien entièrement reconfigurés ont incité les innovateurs de la scène locale à poursuivre leurs efforts en faveur du changement. L'atteinte d'une vision commune exige beaucoup d'habileté de la part des dirigeants et beaucoup de consultations, mais elle constitue un élément clé de la réforme du système de soins de la santé mentale.

Le *soutien de l'infrastructure* est un autre élément aux grandes conséquences. La plupart des innovations que nous avons décrites n'auraient pu avoir lieu sans le soutien actif des grandes organisations qui les chapeautaient. Les champions de divers programmes et stratégies ont été parfois des superviseurs sympathiques, des gestionnaires supérieurs disposés à modifier les procédures ou encore un ministère qui accorde des ressources humaines ou financières supplémentaires. Le soutien de ces diverses personnes constitue également un facteur clé des nouvelles initiatives. Plusieurs stratégies systémiques ont pu être mises en œuvre grâce à des organisations existantes dont les activités couvraient un vaste territoire.

La plupart des facteurs qui favorisent l'innovation se retrouvent à la fois dans les programmes de démonstration locaux et les stratégies systémiques. *La volonté politique est une dimension particulière de l'évolution du système.* Afin d'accomplir des changements radicaux d'envergure au chapitre du financement et des politiques de la santé mentale, il est de la plus haute importance que les gouvernements approuvent et soutiennent les efforts de réforme. Plusieurs voies existent pour influencer les décideurs politiques : les groupes de défense des droits peuvent faire des pressions; les groupes professionnels peuvent publier des documents de position; les chercheurs, le résultat de leurs travaux; le personnel ministériel peut préparer des plans et des documents pour convaincre les politiciens successifs de l'importance de la réforme. Toutes ces méthodes favorisent l'évolution du système. Les expériences et les convictions personnelles des élus ont également souvent joué un rôle dans l'établissement des priorités de la santé mentale.

De quelle façon les meilleures pratiques ont-elles été mises en œuvre?

Si l'on se fie aux exemples décrits, il n'existe pas de correspondance exacte entre les modèles de programmes rigoureusement évalués et décrits dans la documentation, et les meilleures pratiques rencontrées dans les opérations quotidiennes. On remarque des adaptations évidentes alors que des éléments des meilleures pratiques sont extraits des descriptions idéales et utilisés dans des environnements variés. L'avantage de cette démarche souple est que la mise en œuvre correspond aux conditions locales et devient plus susceptible d'être bien acceptée par les personnes touchées. Par contre, ces adaptations libres courent le risque de diminuer ou perdre complètement certains éléments des meilleures pratiques qui devraient rehausser l'efficacité des programmes.

Deux façons s'offrent à nous pour réduire ou éliminer ce risque. La première est de s'assurer que les évaluations des programmes de recherche portent une attention particulière à la structure et aux processus de prestation des soins dans des milieux variés, afin de préciser et de mieux comprendre les éléments critiques de l'efficacité et leur relation avec les résultats. L'autre façon consiste à mettre en œuvre systématiquement des examens d'accréditation et un suivi des processus et des résultats de la prestation des programmes afin de recueillir les données qui prouveront ou contrediront la valeur des interventions effectuées. Certaines des évaluations décrites, telles l'évaluation structurée du Programme de réadaptation communautaire intensif à Brockville ou la base de données interactive de la région de la capitale de la Colombie-Britannique, en sont des exemples. Toutefois, dans l'ensemble, les évaluations des systèmes et programmes de toutes les provinces semblent faibles et requièrent des améliorations.

Comme prévu, nous avons vu que la mise en œuvre des meilleures pratiques pouvait se faire du haut vers le bas et inversement. Parfois, un excellent projet de démonstration local stimule l'adoption de changements dans l'ensemble du système. En d'autres cas, une stratégie d'ensemble favorise la création de nombreuses initiatives locales. Nous avons été impressionnés du bourdonnement d'activité dans les deux sens dans plusieurs provinces en ce qui touche certains services de base, dont plus particulièrement, le logement encadré, les initiatives des bénéficiaires et de leurs familles, et la diminution des hospitalisations et le transfert des usagers à long terme.

Les stratégies et programmes que nous avons soumis à l'analyse situationnelle ne semblent pas indiquer que les traitements dynamiques communautaires, les programmes d'emplois encadrés et les solutions de rechange à l'hospitalisation des usagers soient mis en œuvre de manière systématique. Toutefois, puisque le présent examen n'est pas exhaustif, nous ne pouvons affirmer avec certitude que ces meilleures pratiques ont été sous-utilisées. Nous pouvons cependant soulever cette possibilité, une possibilité par ailleurs inquiétante, puisque les conclusions des recherches démontrent l'efficacité de ces démarches.

Malgré certaines inquiétudes sur la façon dont les meilleures pratiques sont mises en œuvre, l'impression globale que nous retirons de l'analyse situationnelle est indiscutablement positive. Ce document expose des démarches intéressantes et palpitantes. Certains aspects sont uniques et deviendront peut-être des facteurs incontournables de la prochaine génération des meilleures pratiques. Cette collection reflète également le nombre élevé de stratégies et programmes innovateurs qui méritent également une reconnaissance spéciale, mais qui n'ont pu être inclus dans notre étude, faute de temps et d'espace. Dans l'ensemble, le travail en cours aux quatre coins du pays souligne les progrès de la réforme des soins de la santé mentale et les vastes possibilités d'améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de maladies mentales graves.