

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
FACULTÉ DE DROIT

**Ambitions gouvernementales en matière de santé mentale au Québec : le cadre
normatif en place est-il favorable à leur réalisation?**

Jessica GUÉNARD

Programme de maîtrise en droit et politiques de la santé

16 septembre 2020

*Ambitions gouvernementales en matière de santé mentale au Québec : le cadre
normatif en place est-il favorable à leur réalisation?*

Par Jessica Guénard
Programme de maîtrise en droit et politiques de la santé

Essai présenté à la Pre Marie-Ève Couture-Ménard
et soumis à la Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke, Québec
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise en droit

16 septembre 2020

© Jessica Guénard 2020

Résumé

En matière de santé mentale, la population québécoise ne se distingue pas des autres nations occidentales. Face à des taux de détresses psychologiques de plus en plus élevés et considérant les impacts socio-économiques colossaux en découlant, le présent essai vise à clarifier quelles sont les ambitions gouvernementales en matière de soins en santé mentale. Surtout, il vise à déterminer dans quelle mesure le cadre normatif entourant la prestation de soins de santé mentale permet de prédire la concrétisation de ces ambitions. Plus spécifiquement, le gouvernement affirme vouloir offrir des soins et services *variés* et ce, en *temps utile*, tout en exprimant le souhait d'agir en amont afin de *prévenir* la survenance de troubles de santé mentale. L'analyse de l'environnement normatif entourant ces ambitions permet d'inférer qu'il constitue dans certain cas un appui, et dans d'autre cas un frein à leur actualisation. Dans tous les cas, il ressort qu'un frein de nature autre que normative, essentiellement politique et budgétaire, empêche une pleine réalisation des ambitieuses visées gouvernementales.

Abstract

When it comes to mental health, Quebecers are no different from other Western nations. Faced with increasingly high rates of psychological distress and considering the colossal socio-economic impacts resulting from it, this essay aims to clarify what are the government's ambitions in terms of mental health care. More importantly, it aims to determine to what extent the normative framework surrounding mental health care predicts the realization of these ambitions. More specifically, the government express it's wishes to offer a *variety* of care in a *timely manner*, while expressing the desire to *prevent* the occurrence of mental health disorders. Analysis of the normative environment surrounding these ambitions allows us to infer that it constitutes in some cases a support, and in other cases a restraint on their actualization. In any case, it emerges that essentially political and budgetary causes prevent the full realization of the ambitious government goals.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 - LA SANTÉ MENTALE : UN PROBLÈME DE SOCIÉTÉ.....	5
1.1 Terminologie	5
1.2 Prévalence des troubles de santé mentale au Québec et impacts socio-économiques.....	7
1.3 Les moyens de prévenir et de traiter les problèmes de santé mentale.....	13
1.3.1 Les mesures de promotion de la santé mentale.....	13
1.3.2 Les soins préventifs en matière de santé mentale	16
1.3.3 Les soins curatifs en santé mentale : lorsqu'une pathologie est cliniquement diagnostiquée.....	18
CHAPITRE 2 : LES GRANDES AMBITIONS GOUVERNEMENTALES EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE ET LE CADRE NORMATIF LES ENTOURANT	20
2.1 Offrir des services variés en matière de santé mentale.....	21
2.1.1 Les aspirations gouvernementales en matière de variété de soins	21
2.1.2 Freins à une réelle diversification des soins en santé mentale	29
2.2 Un support apporté en temps utile	37
2.2.1 Les aspirations gouvernementales en matière de délais d'attente.....	37
2.2.2 La réalisation des objectifs d'efficience favorisée par les outils juridiques en place.....	40
2.2.3 Des freins administratifs et procéduraux.....	42
2.3 Initiatives émanant de la santé publique en matière de promotion et de prévention en santé mentale	46
2.3.1 Divers objectifs énoncés de manière diffuse.....	46
2.3.2 Un portrait mitigé du cadre normatif en matière de santé publique.....	52
CONCLUSION.....	57
BIBLIOGRAPHIE	60

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ASPC :	Agence de la santé publique du Canada
CISSS :	Centre intégré de santé et de services sociaux
CSMC :	Commission de la santé mentale du Canada
DSM-MSSS :	Direction de la santé mentale du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec
GASM :	Guichet d'accès en santé mentale
INESSS :	Institut national d'excellent en santé et services sociaux du Québec
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
LAHQ :	<i>Loi sur l'assurance-hospitalisation du Québec</i>
LAMQ :	<i>Loi sur l'assurance maladie du Québec</i>
LCS :	<i>Loi canadienne sur la santé</i>
LSP :	<i>Loi sur la santé publique</i>
LSSSS :	<i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i>
MHCC :	Mental Health Commission of Canada
MSSS :	Ministère de la santé et des services sociaux du Québec
PPFSM :	Politique publiques favorables à la santé mentale
RAMQ :	Régie de l'assurance maladie du Québec
SIPPE :	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
WHO :	World Health Organization

DÉDICACE

À mes parents, qui ont su m'inculquer, entre autres, les valeurs que sont la persévérance et le souci du travail bien fait;

À mon grand frère, qui m'a montré qu'avec beaucoup de courage, on peut devenir plus fort et plus doux à la fois;

À Thomas, qui m'a incitée à devenir la meilleure version de moi-même pour t'inspirer;

À Élise, Jacinthe, Jessica, Stéphanie et Vanessa qui ont été, chacune à votre façon, sources de réconfort et de motivation;

À vous tous, qui traversez des périodes sombres, il est possible de revoir la lumière.

INTRODUCTION

Dernièrement, les médias, sociaux et traditionnels, rapportent de plus en plus de cas où des citoyens en détresse psychologique n'ont pu, en raison de contraintes financières ou d'accessibilité, recevoir l'aide qu'ils auraient nécessitée afin d'éviter un geste regrettable, aux conséquences potentielles permanentes¹. Nous pensons notamment à ce père de famille de Laval qui s'est donné la mort le 1^{er} mai 2018, un peu plus d'une semaine après avoir consulté aux urgences psychiatriques et avoué ses intentions suicidaires et ses plans précis, mais sans qu'une hospitalisation ou une prise en charge ne soit effectuée². On pense également à cette jeune femme de 27 ans de l'Outaouais, qui s'est enlevé la vie le 15 septembre 2016 après avoir été mise sur une liste d'attente en psychiatrie pendant quatre (4) mois et ce, malgré une demande de transfert inter-établissement et des antécédents psychiatriques importants³. Précisons qu'un peu plus d'une semaine avant son geste fatal, cette jeune femme avait fait l'objet d'une intervention policière chez elle, en raison de propos suicidaires. Ou encore à

¹ François CARDINAL, « Il faut qu'on parle de santé mentale », *La Presse+*, 5 janvier 2019, en ligne : <http://plus.lapresse.ca/screens/8360e998-2faf-4699-a7bb-12982c6c854e__7C__0.html>; Gabrielle DUCHAINE, « En détresse à l'hôpital, puis laissés à eux-mêmes », *La Presse*, 15 novembre 2019, en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201911/14/01-5249771-en-detresse-a-lhopital-puis-lairesses-a-eux-memes.php>>; Rima ELKOURI, « Parlons-en », *La Presse+*, 27 janvier 2019, en ligne : <http://plus.lapresse.ca/screens/943920b9-f343-4199-951a-a5bb27c52c5c__7C__0.html>; Patrick LAGACÉ, « Il faudrait être en ta... », *La Presse*, 16 avril 2019, en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/201904/15/01-5222351-il-faudrait-etre-en-ta.php>>

² Patrick LAGACÉ, « Trois brochures et une pilule », *La Presse*, 31 octobre 2018, en ligne : <<https://www.lapresse.ca/debats/chroniques/patrick-lagace/201810/30/01-5202359-trois-brochures-et-une-pilule.php>>

³ Justine MERCIER, « Décès après des mois d'attente pour un rendez-vous », *Le Droit*, 19 octobre 2018,, en ligne : <<https://www.lenouvelliste.ca/actualites/le-fil-groupe-capitales-medias/deces-apres-des-mois-dattente-pour-un-rendez-vous-6bcc613787d78a61a3fcd10fa7207626>>

cette adolescente de 13 ans, douée, n'ayant pas eu accès à des ressources adéquates en temps utile, s'étant donné la mort impulsivement le soir du 15 novembre 2017⁴.

Ces cas de figure ont permis de jeter un bref éclairage sur la situation problématique qui prévaut en matière d'accès aux soins de santé mentale au Québec, tels que la difficulté d'accès aux services spécialisés en psychiatrie⁵ (et plus encore aux soins en pédopsychiatrie)⁶ ou encore le manque de ressources psychologiques au sein du réseau public de santé⁷. Ces soins semblent demeurer le « parent pauvre » du système de santé. Ainsi, des groupes d'intérêts, des commentateurs⁸, des citoyens⁹ et des professionnels¹⁰ revendiquent une réorganisation du système de soins en santé mentale, puisqu'il peine à faire face aux défis grandissants que causent les problèmes

⁴ Patrick LAGACÉ, « Comme un océan fou », *La Presse*, 15 novembre 2018, en ligne : <<https://www.lapresse.ca/debats/chroniques/patrick-lagace/201811/14/01-5204250-comme-un-ocean-fou.php>>

⁵ Ariane LACOURSIÈRE, « L'attente explose dans l'est de Montréal », *La Presse*, 19 février 2019, en ligne : <http://plus.lapresse.ca/screens/1532102e-ddc9-4dda-b729-fc961d16b71e__7C__0.html?utm_medium=Email&utm_campaign=Internal+Share&utm_content=Screen>

⁶ Evangelia Lila AMIRALI, « Santé mentale des mineurs : des besoins criants », *La Presse+*, 15 mai 2019, en ligne : <http://plus.lapresse.ca/screens/5922060b-4974-4833-8c11-0edcf34077f3__7C__0.html>

⁷ INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (INESSS), *Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec*, Québec, 2018, p. 5 et 20, en ligne : <https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Acces-equitable-psychotherapie.pdf>

⁸ Tristan OUMET SAVARD, « Une commission parlementaire, ça presse ! », *La Presse+*, 27 janvier 2019, en ligne : <http://plus.lapresse.ca/screens/2cd1dab7-fb5f-4507-8618-acfe5d13bdb1__7C__0.html?utm_medium=Email&utm_campaign=Internal+Share&utm_content=Screen>; Gilles SIMARD, « La santé mentale: une priorité nationale », *Le Soleil*, 28 janvier 2019, en ligne : <<https://www.lesoleil.com/opinions/point-de-vue/la-sante-mentale-une-priorite-nationale-7edc36c587cae3f2e748813199362050>>

⁹ Gabrielle DUCHAINE, « Santé mentale: "Ça va prendre combien d'histoires d'horreur?" », *La Presse*, 28 novembre 2019, en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201911/27/01-5251499-sante-mentale-ca-va-prendre-combien-dhistoires-dhorreur.php>>

¹⁰ Evangelia Lila AMIRALI, préc. note 6; Emmanuelle BERNHEIM et Pierre PARISEAU-LEGAULT, « Pour une commission d'enquête sur les soins en santé mentale », *Le Devoir*, 3 décembre 2019, en ligne : <<https://www.ledevoir.com/opinion/idees/568290/societe-pour-une-commission-d-enquete-sur-les-soins-en-sante-mentale>>

psychologiques dans la société. Effectivement, il a été estimé qu'au Canada, environ le tiers de tous les séjours hospitaliers et de toutes les causes d'invalidité étaient attribuables aux troubles de santé mentale¹¹.

Au regard de la possible création d'une *Commission d'enquête spéciale sur les soins de santé mentale au Québec*¹², et devant l'enjeu de l'accès aux soins de santé mentale au Québec, la question suivante se pose : quels sont les rôles et les responsabilités de l'État québécois relativement à l'attribution de ressources pour ces besoins? Plus spécifiquement, dans quelle mesure l'environnement normatif québécois contribue-t-il à la matérialisation des objectifs gouvernementaux et sociétaux en matière de soins en santé mentale dans la province?

À la lumière de ce questionnement, le présent essai vise à analyser le cadre juridique déterminant la couverture des soins de santé mentale au Québec, afin de mettre en lumière les lacunes potentielles qu'il comporte et leurs impacts sur les personnes nécessitant des soins. Une attention particulière sera portée sur l'analyse de la couverture de soins *préventifs* en santé mentale, tels les services de counseling spécialisés et l'accès préventif aux services de psychothérapie ou encore l'implantation de politiques publiques favorables à la santé mentale (ci-après : « PPFSM »). En effet, à la lumière des plus récentes initiatives de l'État québécois en cette matière et des gains socioéconomiques associés à une plus grande intervention

¹¹ INESSS, préc. note 7, p. 3; INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) et DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS, *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Montréal, 2008, p. 7, en ligne : <<http://www.deslibris.ca/ID/213872>>; INESSS, *Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie - Volet 1*, Québec, 2015, p. 6, en ligne : <<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2471658>>

¹² Hugo PILON-LAROSE, « Santé mentale: Québec ouvert à une commission d'enquête spéciale », *La Presse*, 28 novembre 2019, en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/politique/201911/28/01-5251559-sante-mentale-quebec-ouvert-a-une-commission-denquete-speciale.php>>

préventive en matière de santé, nous croyons pertinent de mettre en lumière la place qui leur est réservée au sein du système public.

Dans un premier chapitre, il s'agira de définir certains concepts-clés relativement à la santé mentale, ainsi que de faire état de la prévalence des problèmes de santé mentale au Québec et de leurs impacts sur la société. Puis, dans le second chapitre, nous présenteront trois objectifs de l'État québécois en matière de santé mentale, soit d'offrir des soins et services *variés* et ce, en *temps utile*, tout en agissant en amont afin de *prévenir* la survenance de troubles de santé mentale. Par la suite, nous analyserons le cadre normatif et réglementaire en place afin de déterminer dans quelle mesure il constitue un frein ou un appui à l'atteinte de ces objectifs

CHAPITRE 1 - LA SANTÉ MENTALE : UN PROBLÈME DE SOCIÉTÉ

Afin de bien comprendre les enjeux dont traite le présent essai, il est primordial de définir quelques notions de base. Notamment, qu'entend-on par « santé mentale », « troubles de santé mentale », « soins en santé mentale »? Ces termes seront définis (1.1) avant que ne soit fait un bref portrait de la santé mentale des citoyens québécois en 2019 (1.2). En fin de section, les différents types de soins en santé seront définis (1.3).

1.1 Terminologie

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), avoir une bonne santé mentale signifie être dans un « état de bien-être dans lequel [on] peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté »¹³. Cette définition de l'OMS est reprise dans la majorité des études et des politiques gouvernementales canadiennes, tant fédérales que provinciales, ayant trait à la santé psychologique¹⁴.

¹³ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Investing in Mental Health: Evidence for Action*, Switzerland, 2013, p. 9, en ligne : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf;jsessionid=51828AC978B0AFD94C5581D9C174FF81?sequence=1>; P MANTOURA, « Définir un cadre de référence sur la santé mentale des populations à l'intention de la santé publique », Montréal, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2014, p. 3, en ligne : <http://www.ccnpps.ca/551/publications.ccnpps?id_article=1269>

¹⁴ AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC), « La santé mentale de la population canadienne : une analyse exhaustive », 1999, vol. 20, n° 3-2000, p. 2, en ligne : <<http://drnatachajoubert.com/documents/Lasantementaledescanadiens.pdf>>; ASPC, *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : le maladies mentales aux Canada*, Ottawa, 2015, p. 4, en ligne : <<http://deslibris.ca/ID/10046889>>; DIRECTION DE LA SANTÉ MENTALE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (DSM-MSSS), *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*, Québec, 2015, p. 3, en ligne : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>>; P MANTOURA, préc. note 13, p. 3; P MANTOURA, « Santé mentale des populations au Canada : un aperçu du contexte, des parties

Aussi, selon le *Centre de collaboration sur les politiques publiques et la santé*, la santé mentale dépend de l'interrelation entre les individus, les collectivités et l'environnement et ce, durant l'entièreté du parcours de vie¹⁵. Tant les facteurs de protection que les facteurs de risque pour la santé mentale agissent à plusieurs niveaux, à savoir : individuel, familial et communautaire, ainsi qu'au niveau plus macro de la société¹⁶. Cette manière de caractériser la santé mentale implique donc que celle-ci est susceptible d'être influencée par toute une série de facteurs socio-économiques, par exemple le niveau d'instruction, de pauvreté ou de pollution, l'intégration sociale, le logement, etc.¹⁷ Plus particulièrement, la santé mentale serait influencée à 15% par des facteurs biologiques ou génétiques, à 10% par l'environnement physique, à 25% par l'effet réparateur du système de santé et à 50% par les conditions socioéconomiques¹⁸. C'est donc dire que les soins curatifs de santé, (prodigués *après* qu'une pathologie soit diagnostiquée) bien que plus facilement identifiables, chiffrables et estimables, influent dans une bien moins grande mesure la condition de santé psychologique d'une personne que les conditions de vie de celle-ci.

Par ailleurs, un « trouble de la santé mentale » se définit comme une altération de la pensée, de l'humeur ou du comportement d'un individu, laquelle génère un état de détresse et un dysfonctionnement significatif associé à au moins un aspect de la vie

prenantes et des initiatives au soutien des actions en santé publique », *Centre de collaboration sur les politiques publiques et la santé*, Montréal, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2017, p. 2, en ligne : <http://www.ccnpps.ca/551/publications.ccnpps?id_article=1651>

¹⁵ DSM-MSSS, préc. note 14, p. 7; P. MANTOURA, préc. note 13, p. 2

¹⁶ P MANTOURA, préc. note 13, p. 2

¹⁷ ASPC, « La santé mentale de la population canadienne : une analyse exhaustive », préc. note 14, p. 1, 7, 11 et 12; INESSS, préc. note 7, p. 2; INSPQ et DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS, préc. note 11, p. 9

¹⁸ Trevor HANCOK, *Agir Localement - Promotion de la santé de la population*, Colombie-Britannique, Victoria, 2009, p. B-12, en ligne : <<https://sencanada.ca/Content/SEN/Committee/402/popu/rep/appendixBjun09-f.pdf>>

quotidienne, sociale ou professionnelle de cette personne, limitant ainsi plus ou moins sévèrement son autonomie¹⁹. Ce dysfonctionnement peut être de courte durée ou chronique, d'intensité légère à sévère, unique ou répété²⁰. Un tel trouble peut être causé à la fois par des facteurs biologiques, génétiques, psychosociaux ou économiques²¹. Enfin, un trouble de la santé mentale peut survenir à n'importe quel moment de la vie d'une personne, mais les troubles de santé mentale se produisent statistiquement plus fréquemment à l'adolescence ou au début de l'âge adulte²².

Précisons qu'il est possible d'être atteint d'un trouble de santé mentale et d'être en bonne santé mentale; inversement, il est possible d'être en mauvaise santé mentale sans présenter de trouble de santé mentale²³.

1.2 Prévalence des troubles de santé mentale au Québec et impacts socio-économiques

Malheureusement, le Québec ne possède pas de données d'enquêtes récentes permettant d'évaluer la prévalence réelle des problèmes de santé mentale dans sa

¹⁹ ASPC, *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies mentales aux Canada*, préc. note 14, p. 1; WHO, préc. note 13, p. 7; INSPQ et DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS, préc. note 11, p. 10; INESSS, préc. note 11, p. 3; DSM-MSSS, préc. note 14, p. 3

²⁰ ASPC, *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies mentales aux Canada*, préc. note 14, p. 1; INSPQ et DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS, préc. note 11, p. 10; INESSS, préc. note 11, p. ix

²¹ ASPC, *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies mentales aux Canada*, préc. note 14, p. 1; P. MANTOURA, préc. note 13, p. 3 et 5; WHO, préc. note 13, p. 7; COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA (CSMC), *Changer les orientations, changer des vies: stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*, Calgary, 2012, p. 84, en ligne : <<http://www.deslibris.ca/ID/232694>>

²² ASPC, *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies mentales aux Canada*, Ottawa, préc. note 14, p. 1; P. MANTOURA, préc. note 13, p. 3; INESSS, préc. note 7, p. 2

²³ ASPC, *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies mentales aux Canada*, préc. note 14, p. 4; CSMC, préc. note 21, p. 14

population²⁴. Ainsi, les données qui sont relatées dans la présente section datent parfois de quelques années ou concernent la population canadienne, ou bien correspondent à des estimations faites par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec (INESSS) en 2018.

De manière générale, les analyses statistiques tendent à estimer qu'au moins un Canadien sur trois sera touché directement par un problème de la santé mentale au cours de sa vie²⁵. En 2008, 8% de la population québécoise âgée de 12 ans et plus a vécu un épisode dépressif majeur au cours d'une période de 12 mois²⁶. La même année, il a été estimé que 3% de la population québécoise présentait des idées suicidaires sérieuses²⁷. En 2012, un rapport de l'Institut national de santé publique du Québec indiquait que la prévalence annuelle des problèmes de santé mentale s'établissait à 12%²⁸, concernant directement environ 1 million de Québécois²⁹ et touchant de manière prédominante les femmes ainsi que les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans³⁰. De ces nombres, notons que les troubles anxieux et dépressifs représentaient près de 65% des problèmes de santé mentale³¹.

²⁴ INESSS, préc. note 7, p. 2

²⁵ ASPC, *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies mentales aux Canada*, préc. note 14, p. 6; MENTAL HEALTH COMMISSION OF CANADA (MHCC), *The life and economic impact of major mental illnesses in Canada*, Calgary, 2011, p. 7 et 8, en ligne : <https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_Report_Base_Case_FINAL_ENG_0_0.pdf>

²⁶ INSPQ et DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS, préc. note 11, p. 6

²⁷ *Id.*

²⁸ INESSS, préc. note 11, p. 1

²⁹ INESSS, préc. note 7, p. 20

³⁰ INESSS, préc. note 11, p. 3. Notons qu'il a été démontré que 50% des maladies mentales apparaissent avant l'âge de 14 ans et 75%, avant l'âge de 22 ans. De même, les troubles mentaux représentent une des principales causes d'hospitalisation chez les 15 à 24 ans (voir à ce sujet : DSM-MSSS, préc. note 14, p. 4)

³¹ INESSS, préc. note 11, p. 3

Le fardeau économique direct, c'est-à-dire en termes d'hospitalisations, de soins médicaux et professionnels et d'achat de médicaments (excluant les prestations d'invalidité payées par les programmes gouvernementaux ou les régimes d'assurances privées et collectives), s'établissait à 8 milliards de dollars au Canada en 2008³². En 2011, il a cette fois été estimé à près de 18 milliards de dollars, sur un budget total évalué à 200,5 milliards de dollars³³. Des projections économiques prévoient que d'ici 2041, si leur prévalence demeure la même, les problèmes de santé mentale représenteront des coûts d'un peu plus de 82 milliards de dollars annuellement³⁴, ce qui représente une augmentation équivalente à près de 4,6 fois le fardeau actuel³⁵. Par ailleurs, dans l'édition 2015-2020 du *Plan stratégique en matière de santé*³⁶, le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec relevait que « parmi les sept principaux problèmes de santé répertoriés au Canada, les troubles mentaux sont ceux qui requièrent le plus de services directs »³⁷.

C'est sans compter les coûts indirects reliés aux problèmes de santé mentale, c'est-à-dire ceux associés aux prestations d'invalidité versées par les programmes gouvernementaux ou les régimes d'assurances privés ou collectifs, la perte de productivité des individus touchés (phénomènes de présentéisme et d'absentéisme) ou encore l'utilisation de ressources judiciaires³⁸. Ces coûts sont beaucoup plus élevés

³² ASPC, *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies mentales aux Canada*, préc. note 14, p. 5

³³ MHCC, préc. note 25, p. 9, 10, 112, 113 et 125

³⁴ *Id.*, p. 113

³⁵ *Id.*, p. 112

³⁶ DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS), *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020 - Mise à jour 2017*, Québec, 2017, en ligne : <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_17-717-01W_MSSS.pdf>

³⁷ *Id.*, p. 14

³⁸ ASPC, *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies mentales aux Canada*, préc. note 14, p. 5; MHCC, préc. note 25, p. 10, 48, 49 et 119); CSMC, préc.

que les coûts directs, représentant entre 11 et 50 milliards de dollars annuellement (pour le Canada, selon les dépenses prises en compte)³⁹. À titre d'illustration, en 2011-2012, les troubles de santé mentale généraient plus de 80% des réclamations pour des prestations d'invalidité au Canada, tant en courte qu'en longue durée ; il s'agissait de la principale cause d'invalidité rapportée par les employés⁴⁰. Tel que le notait la Commission de la Santé mentale du Canada en 2012 :

Jusqu'à maintenant, aucune étude n'a réussi à évaluer les dépenses totales occasionnées par la maladie mentale dans les systèmes de justice et d'éducation, non plus que les coûts assumés par les proches aidants ou par les personnes qui ont une mauvaise santé mentale, mais qui n'ont pas subi les symptômes de la maladie. Malgré ce fait, il est clair que le coût total des troubles mentaux et des maladies mentales pour l'économie canadienne est vraisemblablement bien au-delà de 50 milliards de dollars par année⁴¹.

Qu'en est-il, par ailleurs, du fardeau social et humain associé aux problèmes de santé mentale? À cet égard, plus du quart des personnes souffrant d'un problème de santé mentale indiquent que ce dernier nuit « beaucoup » ou « énormément » à leur qualité de vie, allant jusqu'à leur causer d'importantes difficultés à travailler ou à accomplir leurs activités quotidiennes⁴². De plus, il est rapporté un taux de chômage élevé chez

note 21, p. 29; WHO, préc. note 13, p. 15; INSPQ et DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS, préc. note 11, p. 93

³⁹ ASPC, *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies mentales aux Canada*, préc. note 14, p. 5

⁴⁰ TOWERS WATSON, *Parcours vers la santé et la productivité : Résultats du sondage Au travail! 2011-2012 (Amérique du Nord)*, New York, 2012, p. 12, en ligne : <<https://www.towerswatson.com/fr-CA/Insights/IC-Types/Survey-Research-Results/2012/06/Resultats-du-sondage-Au-travail-2011-2012?webSyncID=00c52390-ab0e-ae6c-e5c4-17b1567e48e8&sessionGUID=6d691e68-c23e-a7e8-ab24-04e7041696ba>>; ASPC, *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies mentales aux Canada*, préc. note 14, p. 4

⁴¹ CSMC, préc. note 21, p. 135

⁴² ASPC, *Les troubles anxieux et de l'humeur au Canada : points saillants de l'enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada*, Ottawa, 2014, p. 2, en ligne : <

les personnes présentant un problème de santé mentale, ce qui limite la possibilité pour celles-ci de développer leurs talents et aptitudes et de développer un réseau social intéressant⁴³.

Qui plus est, les problèmes de santé mentale ne touchent pas seulement ceux qui en sont directement atteints. Leurs proches, agissant souvent à titre d'aidants naturels, présentent également des risques accrus d'éprouver des sentiments d'isolement et d'impuissance, de souffrir de problèmes de santé physique ou mentale et de devoir faire face à des problèmes financiers⁴⁴. Également, il ne faudrait pas négliger de considérer les préjugés et la discrimination dont font fréquemment les frais les individus souffrant de problèmes de santé mentale et leur famille, ce qui explique encore aujourd'hui qu'un grand nombre de personnes soient réticentes à aller chercher l'aide dont elles auraient pourtant besoin⁴⁵. À cet égard, on estime que moins de la moitié des personnes souffrant d'un problème de santé mentale consulte à ce sujet⁴⁶.

Il a également été constaté que les problèmes de santé mentale sont associés à une plus grande comorbidité, tant physique que psychologique⁴⁷. Entre autres, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale ont un risque accru de présenter une maladie cardiaque, de souffrir d'asthme, de diabète, d'arthrite ou de maux de dos

humeur/alt/mental-mood-anxiety-anxieux-humeur-fra.pdf>; CSMC, *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*, Calgary, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, p. 13, en ligne : <<https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-03/la%20nesessite%20dinvestir%20dans%20la%20sante%20mentale%20au%20canada.pdf>>

⁴³ CSMC, préc. note 21, p. 77

⁴⁴ INSPQ et DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS, préc. note 11, p. 97; WHO, préc. note 13, p. 29; CSMC, préc. note 21, p. 79

⁴⁵ WHO, préc. note 13, p. 16; P MANTOURA, préc. note 13, p. 16; DSM-MSSS, préc. note 14, p. 15

⁴⁶ DSM-MSSS, préc. 14, p. 3

⁴⁷ ASPC, « La santé mentale de la population canadienne : une analyse exhaustive », préc. note 14, p. 1; INSPQ et DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS, préc. note 11, p. 5

ou de tête chroniques⁴⁸. De la même manière, les problèmes de santé mentale sont associés à l'adoption de comportements malsains et risqués, augmentant ainsi la probabilité de survenance de maladie physiques chroniques⁴⁹. Ces maladies chroniques ont, en bout de piste, un impact important sur l'espérance de vie des gens qui en souffrent⁵⁰, les adultes souffrant de graves troubles de santé mentale voyant leur espérance de vie diminuer de 25 ans en comparaison avec l'ensemble des adultes ne souffrant pas d'un tel trouble⁵¹, en plus de compromettre leurs chances de rétablissement et d'aggraver le fardeau financier qui en découle⁵².

Enfin, notons que le risque de suicide est 12 fois plus élevé chez les gens souffrant d'un trouble de santé mentale que dans la population générale; spécifiquement, 50% des personnes qui s'enlèvent la vie aurait reçu un diagnostic de dépression⁵³.

Nous estimons que ces chiffres sont inquiétants, d'autant plus qu'ils sont appelés à s'aggraver avec les années. Le fardeau humain et financier associé aux problèmes de santé mentale devrait en soi justifier une prise en charge rapide et globale, ayant comme objectif de limiter leur survenance et leur durée. Dans la prochaine section, nous exposerons les types de soins privilégiés pour prévenir ou pour traiter les problèmes de santé mentale.

⁴⁸ ASPC, *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies mentales aux Canada*, préc. note 14, p. 3 et 5; WHO, préc. note 13, p. 17; INSPQ et DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS, préc. note 11, p. 1; INESSS, préc. note 7, p. 2-3

⁴⁹ ASPC, *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies mentales aux Canada*, préc. note 14, p. 5 et 8; WHO, préc. note 13, p. 17; INSPQ et DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS, préc. note 11, p. 5

⁵⁰ WHO, préc. note 13, p. 17

⁵¹ CSMC, préc. note 21, p. 60

⁵² INSPQ et DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS, préc. note 11, p. 5

⁵³ INESSS, préc. note 7, p. 3; MHCC, préc. note 25, p. 50

1.3 Les moyens de prévenir et de traiter les problèmes de santé mentale

Tout comme pour la majorité des problèmes de santé, la survenance des troubles de santé mentale peut être prévenue ou limitée par le biais d'activités de promotion de santé mentale (1.3.1) et de prévention des troubles mentaux (1.3.2). De plus, des actions curatives efficaces, scientifiquement soutenues, existent pour traiter les problèmes de santé mentale dont l'occurrence n'a pu être évitée (1.3.3). Ce sont ces diverses interventions, relevant soit de l'État, soit de professionnels de la santé, qui seront explicitées dans la présente section.

1.3.1 Les mesures de promotion de la santé mentale

La promotion de la santé mentale renvoie aux initiatives visant à optimiser la santé mentale et le bien-être des citoyens et des communautés de manière globale⁵⁴. Les activités de promotion de la santé mentale ciblent généralement l'ensemble de la population (et non seulement des groupes ou des individus spécifiques) et interviennent sur les déterminants de la santé⁵⁵, lesquels permettent aux individus d'améliorer leurs capacités et leur situation (par exemple : accessibilité à des logements abordables, à une instruction et à des soins de santé de qualité, programmes sociaux pour personnes vulnérables, mesures de redistribution équitable des richesses, programmes d'aide à l'emploi, etc.)⁵⁶. De même, les interventions de promotion de la

⁵⁴ DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MSSS, *Programme national de santé publique – 2015-2025*, Québec, 2015, p. 34, en ligne : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>>

⁵⁵ DSM-MSSS, préc. note 14, p. 7

⁵⁶ ASPC, *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies mentales aux Canada*, préc. note 14, p. 4; CSMC, préc. note 21, p. 76; ASPC, préc. note 42; INSPQ et DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS, préc. note 11, p. 10; P. MANTOURA, préc. note 13, p. 2, 5, 11, 12 et 15-17; P. MANTOURA, « Cadre de référence pour des

santé mentale ont pour objectif d'améliorer les facteurs positifs (par exemple : l'estime de soi, le soutien social, la résilience) et de limiter l'effet des facteurs négatifs (par exemple : les inégalités socio-économique, l'exclusion sociale, le stress, les facteurs biologiques négatifs)⁵⁷.

Ces mesures, bien qu'agissant indirectement sur la santé mentale, peuvent contribuer à diminuer la prévalence des troubles de santé mentale, tout en améliorant la qualité de vie des citoyens, peu importe que ceux-ci aient ou non reçu un diagnostic de trouble de santé mentale⁵⁸. En effet, tel que vu plus haut, nous savons que l'environnement d'une personne influence à près de 60% sa santé mentale. Il importe également de noter que les diverses initiatives de promotion peuvent être mises en œuvre dans différents milieux de vie, tant immédiats (famille, école, milieu de travail) que globaux (collectivités, milieux urbains)⁵⁹.

Les actions de promotion en santé mentale peuvent être incluses et coordonnées au sein de PPFSM. En soi, une politique publique se définit comme une action élaborée et supervisée par une institution publique, dont l'objectif consiste à limiter ou à faciliter certains phénomènes, constatés dans la population⁶⁰. Ces actions peuvent

politiques publiques favorables à la santé mentale», Montréal, Centre de collaboration sur les politiques publiques et la santé, 2014, p. 1, en ligne : <http://www.ccnpps.ca/551/publications.ccnpps?id_article=1200>; INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Reconnaître et explorer la santé mentale positive - Dialogue sur les politiques : synthèse et analyse*, Ottawa, 2011, p. 1, en ligne : <http://publications.gc.ca/collections/collection_2013/icis-cihi/H118-85-2011-fra.pdf>

⁵⁷ INSPQ et DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS, préc. note 11, p. 22

⁵⁸ ASPC, *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies mentales aux Canada*, préc. note 11, p. 4; P MANTOURA, préc. note 13, p. 5

⁵⁹ INSPQ et DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS, préc. note 11, p. 23; INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, préc. note 56, p. 1

⁶⁰ P. MANTOURA, préc. note 56, p. 1 et 2; Florence MORESTIN, « Un cadre d'analyse de politique publique : guide pratique », Montréal, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et

s'actualiser par le biais d'un instrument officiel (ou de l'interaction de plusieurs⁶¹), comme une loi, un règlement, l'implantation d'un régime public d'indemnisation ou d'assurance, ou encore l'élaboration d'une mesure fiscale ou d'un programme d'aide financière⁶².

Plus spécifiquement, les PPFSM :

*[a]méliorent les conditions dans lesquelles vivent les gens : des milieux de vie, des habitudes de vie et des environnements stables, sûrs, décents et durables, entre autres le logement, l'éducation, l'alimentation, l'échange d'informations, les garderies, le transport, et les services sociaux et de santé essentiels pour les communautés et les individus.*⁶³

Précisons que ce type de politiques ne relève pas spécifiquement du Ministère de la Santé et des Services sociaux ; elles peuvent en effet émaner et être mises en œuvre par toute autre institution gouvernementale⁶⁴ ou paragouvernementale (i.e. municipalités)⁶⁵. Ainsi, plusieurs interventions ayant le potentiel de contribuer à l'amélioration de l'état de santé collectif peuvent émaner de Ministères tels que celui de la famille, de l'éducation, du travail, de la solidarité sociale, de l'aménagement du territoire, du transport, de l'environnement, de la sécurité publique ou du développement économique⁶⁶.

la santé, 2012, p. 1 et 3, en ligne : http://www.ccnpps.ca/docs/Guide_cadre_d'analyse_politiques_Fr.pdf.

⁶¹ DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MSSS, préc. note 54, p. 33

⁶² *Id.*, p. 32

⁶³ P. MANTOURA, préc. note 56, p. 2

⁶⁴ F. MORESTIN, préc. note 60, p. 1 et 2; Trevor HANCOCK, préc. note 18, p. B-36

⁶⁵ DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MSSS, *Plan d'action interministériel 2017-2021 de la Politique gouvernementale de prévention en santé*, Québec, 2018, p. 5, en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-297-02W.pdf>

⁶⁶ *Id.*, p. 1

De même, les PPFSM peuvent être affectées aux niveaux individuel (promotion de l'estime de soi, du sentiment d'efficacité personnelle, de la capacité d'adaptation et de résilience, des compétences sociales, promotion de l'adoption de saines habitudes de vie, etc.), social (interventions visant l'amélioration des capacités parentales, le développement de réseaux d'entraide et de solidarité sociale, les programmes d'insertion et de réinsertion sociale, etc.), structurel et environnemental (développement de milieux de vie sains, de structures et de système politiques favorables, promotion de la culture, etc.)⁶⁷.

Tel que le précise le plus récent *Programme national de santé publique* du Québec⁶⁸, ce type de mesure a pour objectif d'agir sur les inégalités sociales de santé, qui découlent elles-mêmes de l'interaction des divers déterminants de la santé (par exemples : scolarité, revenu, accès à des soins ou à une alimentation de qualité, sécurité, conditions de logement ou de travail, etc.). Les PPFSM visent ainsi à amoindrir autant que possible l'impact de conditions de vie désavantageuses sur les populations vulnérables, en tentant de rééquilibrer la répartition des ressources à leur avantage. Toutefois, l'impact de telles mesures peut également avoir des effets positifs sur l'ensemble de la population et sur le bien-être général⁶⁹.

1.3.2 *Les soins préventifs en matière de santé mentale*

Les soins préventifs en santé mentale visent à prévenir l'apparition d'une symptomatologie clinique et d'une pathologie diagnostiquée. Les soins préventifs ont donc pour objectif de réduire la survenance d'une pathologie, en agissant sur les

⁶⁷ P. MANTOURA, préc. note 13, p. 13; DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MSSS, préc. note 54, p. 28 et 30

⁶⁸ DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MSSS, préc. note 54

⁶⁹ *Id.*, p. 27-28

facteurs de risque qui mettent en péril la santé mentale des citoyens, avant la manifestation de symptômes cliniques⁷⁰. Ils sont très variés et rassemblent généralement les recommandations faites par les professionnels de la santé pour le maintien d'une bonne santé physique : activité physique, exercice de la méditation, saine alimentation, abstinence ou consommation responsable de substances psychotropes, amélioration de la littératie en santé mentale, etc.⁷¹ Les soins préventifs peuvent cibler des groupes de la population particulièrement vulnérables, des individus spécialement à risque, ou encore s'adresser à l'ensemble de la société⁷². Notons que beaucoup de soins préventifs en santé mentale peuvent se retrouver dans les activités de promotion de la santé globale et s'actualiser au sein de PPFSM, telles que définies ci-dessus.

Par ailleurs, certains soins à visée curative, qui seront détaillés à la section suivante, peuvent également être prodigués en amont, soit avant qu'une pathologie ne soit clairement diagnostiquée. Ceci peut permettre d'éviter qu'une problématique particulière, telles l'anxiété, une difficulté à réguler ses émotions, le manque de confiance en soi, des signes dépressifs ou autres, ne devienne symptomatique au point de se classer comme une maladie mentale. On peut notamment parler ici de quelques séances de psychothérapie (entre 10 et 20, en moyenne), avec un psychologue ou un travailleur social, pour aborder l'une ou l'autre de ces problématiques⁷³.

⁷⁰ INSPQ et DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS, préc. note 11, p. 11; DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MSSS, préc. note 54, p. 34

⁷¹ WHO, préc. note 13, p. 19; ASPC, préc. note 42, p. 1

⁷² INSPQ et DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS, préc. note 11, p. 11

⁷³ INESSS, préc. note 7, p. iii

1.3.3 *Les soins curatifs en santé mentale : lorsqu'une pathologie est cliniquement diagnostiquée*

Les soins curatifs en santé mentale ont une visée de guérison et de rétablissement d'une pathologie déjà existante et symptomatique. Ils peuvent prendre plusieurs formes : la psychothérapie, le *counseling*, les interventions psychosociales et la médication⁷⁴. Outre la médication, les soins peuvent être offerts en établissement de santé (en externe ou par le biais d'une hospitalisation), par des professionnels de la santé en clinique privée ou encore par le biais d'organismes communautaires⁷⁵.

Les problèmes de santé mentale, tout comme les problèmes de santé physique, peuvent donc être prévenus en amont par la mise en œuvre concertée de plusieurs activités de promotion de la santé mentale, par les autorités gouvernementales compétentes. De plus, les professionnels de la santé peuvent agir à titre de conseillers afin de prévenir la survenance de problèmes de santé mentale chez leurs patients, tout en bénéficiant de plusieurs options thérapeutiques pour traiter ceux qui en sont malheureusement atteints.

Toutefois, à la lumière des alarmantes statistiques détaillées précédemment et de l'apparente difficulté d'accès aux services de santé mentale prévalant actuellement au Québec, le cadre normatif actuel peut-il expliquer, du moins en partie, l'état des lieux actuel? C'est ce que le prochain chapitre permettra de préciser, en analysant

⁷⁴ ASPC, *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies mentales aux Canada*, préc. 14, p. 5; CSMC, préc. note 21 p. 71 et 72; INESSS, préc. note 7, p. iii, xiv, xv et 21; WHO, préc. 13, p. 19;

⁷⁵ ASPC, *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies mentales aux Canada*, préc. note 14, p. 5

l'environnement législatif qui prévaut en matière de couverture publique de soins de santé, spécifiquement de santé mentale.

CHAPITRE 2 : LES GRANDES AMBITIONS GOUVERNEMENTALES EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE ET LE CADRE NORMATIF LES ENTOURANT

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux*⁷⁶ (ci-après : « LSSSS ») constitue la loi-cadre de la dispensation des soins de santé dans la province. Elle a pour objectif la mise sur pied d'un régime de services de santé et de services sociaux dont le but est « le maintien et l'amélioration des conditions physiques, psychiques et sociales des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer (...) »⁷⁷. Aussi, dès l'article premier de la loi, le législateur précise que le régime concerne autant le traitement et la réadaptation des individus déjà malades ou blessés⁷⁸ que les actions en matière de prévention et de promotion de la santé⁷⁹. Essentiellement, la loi prévoit l'organisation des différentes ressources au sein du réseau⁸⁰, le tout afin d'assurer l'accessibilité et la continuité des différents services de santé de façon efficace, sécuritaire et efficiente⁸¹ et ce, sur l'ensemble du territoire⁸², incluant des services permettant de répondre « aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social »⁸³. En vertu de la LSSSS, le régime public de santé doit donc viser notamment la prévention et le traitement des problèmes de santé mentale, ce qui se reflète dans plusieurs documents émanant du Ministère de la Santé et des Services sociaux qui seront examinés dans les sections ci-après.

⁷⁶ RLRQ c. S-4

⁷⁷ Art. 1 LSSSS

⁷⁸ *Id.*, art. 1 al. 3 et 5

⁷⁹ *Id.*, art. 1 al. 2

⁸⁰ *Id.*, art. 2 al. 1

⁸¹ *Id.*, art. 2 al. 8 et 8.1

⁸² *Id.*, art. 1 al. 7; DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MSSS, préc. note 36, p. 1

⁸³ Art. 2 al. 4 LSSSS

Dans ce chapitre, nous porterons notre attention sur trois objectifs du Ministère de la Santé et des Services sociaux en matière de soins en santé mentale et, dans chaque cas, nous analyserons le cadre juridique en place afin de déterminer si ce dernier contribue à l'atteinte de l'objectif donné ou s'il en freine la réalisation. Ainsi, il sera question de l'objectif d'offrir des soins et services qui soient *variés* (2.1), puis d'assurer un accès à ces soins *en temps utile* (2.2) et enfin, de réaliser des actions de promotion en santé mentale ainsi que d'offrir des soins et services *préventifs* (2.3).

2.1 Offrir des services variés en matière de santé mentale

2.1.1 Les aspirations gouvernementales en matière de variété de soins

La LSSSS oblige le ministre de la Santé et des Services sociaux à élaborer un plan stratégique, généralement quinquennal, qui fait état de ses choix et de ses orientations en matière de santé et de services sociaux⁸⁴. Le plus récent Plan stratégique en matière de santé couvre la période 2019-2023⁸⁵. La santé mentale y figure comme un enjeu important du système de santé, dont le ministre et ses collaborateurs doivent tenir compte dans l'élaboration de leurs choix stratégiques en matière de santé⁸⁶. Nous n'avons toutefois pas identifié dans ce document une intention ministérielle en lien avec l'ajout de types de services en santé mentale. Tel que nous le verrons plus en détails à la présente section, le ministre indique essentiellement viser l'amélioration

⁸⁴ *Id.*, art. 431 al. 1(1) (2) (10) (11) et art. 431.1; DIRECTION DE LA VALORISATION SCIENTIFIQUE, DES COMMUNICATIONS ET DE LA PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE, *Plan stratégique 2019-2023 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, 2019, en ligne : <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_19-717-02W_MSSS.pdf>

⁸⁵ DIRECTION DE LA VALORISATION SCIENTIFIQUE, DES COMMUNICATIONS ET DE LA PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE, préc. note 84

⁸⁶ *Id.*, p. 7

de l'accès aux services déjà existants. Pour dégager l'ambition du ministère d'offrir des services variés, il faut donc se tourner vers d'autres sources.

Ainsi, bien qu'il n'en ait pas eu l'obligation explicite, le ministre a publié un *Plan d'action en santé mentale*⁸⁷. Élaborée en 2015, cette parution mettait à jour les objectifs du premier plan d'action en cette matière, publié en 2005, qui priorisait initialement les citoyens souffrant déjà d'un trouble mental ou présentant un risque élevé de suicide⁸⁸. Dans la plus récente édition de ce document, le ministre souligne que l'approche préconisée par le gouvernement pour l'atteinte des objectifs spécifiques en matière de santé mentale est celle dite « orientée vers le rétablissement », qui s'intéresse au traitement des symptômes des troubles mentaux et aux incapacités qui en résultent, tout en visant l'assistance des personnes qui en souffrent dans une démarche individualisée de reprise de contrôle sur leur vie⁸⁹. Ainsi, dans cet outil, l'accent est mis sur les mesures curatives en santé mentale et les interventions à visée préventive sont laissées en second plan⁹⁰. Notons toutefois que ce deuxième type d'initiatives est détaillé dans d'autres documents, que nous analyserons plus en détails à la section 2.3.

Dans ce plan d'action, le ministre concentre spécifiquement ses énergies sur certains types de soins précis, révélant dès lors une certaine uniformité quant à la nature des soins qui devront être offerts par le réseau public ainsi qu'au regard de la clientèle pour laquelle ces soins sont élaborés. Plus spécifiquement, le ministre rappelle que les

⁸⁷ DSM-MSSS, préc. note 14

⁸⁸ MSSS, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: la force des liens*, Québec, 2005, en ligne : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>>

⁸⁹ DSM-MSSS, préc. note 14, p. 9 et 10

⁹⁰ *Id.*, p. 12

ressources publiques de santé doivent nécessairement faire en sorte que soient offerts les services de santé mentale suivants :

- Les services offerts en milieu communautaire⁹¹

Afin de pallier partiellement le manque de professionnels compétents et actifs au sein du réseau, le ministre compte enfin recourir aux services du milieu communautaire. Par le biais du *Regroupement québécois des organismes communautaires en psychothérapie* et de sa centaine de psychothérapeutes affiliés, c'est notamment environ 22 000 heures de psychothérapie qui peuvent être fournies annuellement, à environ 3 000 patients.

- Les services d'intervention de crise⁹²

Le ministre souhaite rendre disponibles, rapidement et en tout temps, des services d'intervention de crise psychosociale, destinées à une clientèle ponctuelle requérant un support immédiat mais à très court terme (tout au plus 3 séances avec un psychothérapeute ou via la ligne Info-Social).

- Le soutien aux personnes présentant un risque suicidaire⁹³

Le ministre rappelle l'importance de rendre possible aux individus récemment aux prises avec des idées suicidaires un suivi étroit et intensif, dont la responsabilité incombe initialement à l'organisation ayant effectué la gestion de crise. Ce support doit être prodigué en vertu des guides de pratique en cette matière diffusés par le ministère en 2010. Par ailleurs, le ministre souhaite

⁹¹ INESSS, préc. note 7, p. 20; DSM-MSSS, préc. note 14, p. 50

⁹² DSM-MSSS, préc. note 14, p. 50, 51 et 66

⁹³ *Id.*, p. 51, 52 et 66

s'assurer que cette clientèle particulièrement à risque soit référée aux partenaires communautaires reconnus.

- Les interventions de première ligne en santé mentale à l'intention des jeunes et des adultes⁹⁴

Sans décrire spécifiquement le type de soins offerts, le ministre rappelle que les principaux rôles de ces équipes multidisciplinaires sont d'évaluer les demandes de référence qui leur sont acheminées et d'offrir des soins et des services soutenus scientifiquement. Ce processus sera détaillé à la section 2.2.3.

Par ailleurs, afin de soutenir les médecins de première ligne qui, avec les psychologues, sont le plus fréquemment sollicités par les patients rapportant des problématiques de santé mentale⁹⁵, le ministre recommande l'élaboration de protocoles et de guides d'intervention en matière de santé mentale, particulièrement dédiés aux médecins de famille et aux pédiatres⁹⁶.

Enfin, afin de soutenir ces équipes, le ministre prévoit le déploiement des fonctions de professionnel répondant en santé mentale (ci-après, « PRSM »)⁹⁷ et de médecin spécialiste répondant en psychiatrie (ci-après, « MSRP »)⁹⁸ au sein des établissements offrant des soins en santé mentale. Par ailleurs, il

⁹⁴ *Id.*, p. 52 et 53

⁹⁵ Rosanna BARALDI, Katrina JOUBERT et Monique BORDELAU, *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois: résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale 2012: portrait chiffré*, Montréal, Institut de la statistique du Québec, 2015, p. 117, en ligne : <<https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/portrait-sante-mentale.pdf>>

⁹⁶ DSM-MSSS, préc. note 14, p. 45

⁹⁷ *Id.*, p. 46 et 47

⁹⁸ *Id.*, p. 47 et 48

annonce la bonification de la formation, tant initiale que continue, chez les médecins⁹⁹.

- Le suivi et l'accompagnement des personnes diagnostiquées avec un trouble mental grave dans une visée de réadaptation¹⁰⁰

D'intensité et de durée variables en fonction de l'utilisateur concerné, ce type de suivi vise à permettre à ce dernier d'acquérir un degré de fonctionnement optimal, tout en limitant le recours aux ressources hospitalières ou d'urgence. Les soins et services sont ainsi prodigués dans le milieu de vie de la personne et utilisent à bon escient les ressources communautaires disponibles. Les cibles de 145 places en « soutien d'intensité variable » pour 100 000 habitants et de 55 places en « suivi intensif dans le milieu » pour 100 000 habitants, bien qu'en deçà des besoins populationnels réels, sont ainsi émises par le ministre.

La révision de ces cibles et de ces objectifs permet de mettre en lumière que le ministre se donne comme mission d'offrir des soins essentiellement *curatifs* variés (i.e. prévention du suicide, réadaptation et soutien dans le milieu de vie, counseling psychosocial de première ligne, etc.), offerts par différents types de professionnels de la santé au sein d'installations publiques ou communautaires diverses. Néanmoins, on constate que ces soins visent principalement à aider les usagers alors que ceux-ci sont en situation de crise ou aux prises avec une pathologie sévère ou chronique.

Au-delà de ces stratégies ou ambitions ministérielles, il demeure que l'offre de soins en santé mentale est déterminée de manière plus précise au niveau régional. Depuis la réforme de la gouvernance du système de santé survenue en 2015, 22 établissements

⁹⁹ *Id.*, p. 53-55

¹⁰⁰ *Id.*, p. 53-56 et 67

de santé sont répartis sur tout le territoire québécois¹⁰¹, appelés les Centres intégrés de santé et de services sociaux (ci-après : « CISSS »). La LSSSS prévoit l'obligation, pour chaque CISSS, d'offrir les services suivants¹⁰² :

1° des services généraux, notamment des services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation, de soutien et d'hébergement;

2° certains services spécialisés et surspécialisés, lorsque ceux-ci sont disponibles.

Cette obligation de fournir divers services, ayant des finalités distinctes, est ainsi énoncée très largement. Sans prévoir précisément les différents soins couverts, cet article impose à l'État de s'assurer qu'un minimum, pour chaque catégorie de soins (préventifs vs curatifs, généraux vs spécialisés), soit rendu disponible aux usagers.

De plus, la LSSSS oblige chaque CISSS à élaborer un *projet clinique et organisationnel*¹⁰³, qui doit énoncer les orientations principales en matière de services de santé et de services sociaux sur son territoire. La loi précise d'ailleurs que ces orientations doivent porter « *sur les besoins de santé tant physique que psychique et les besoins sociaux à satisfaire, sur les clientèles à desservir et sur les services à offrir* »¹⁰⁴. Ceci peut expliquer certaines variations régionales en termes d'offre de services, chaque CISSS étant tenu d'identifier les besoins les plus susceptibles d'être requis par la clientèle pouvant être appelée à visiter ses installations. Pensons notamment aux différents ateliers d'intervention de groupes, qui peuvent varier d'une

¹⁰¹ *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, RLRQ c. O-7.2, art. 4 al. 4

¹⁰² Art. 99.6 LSSSS

¹⁰³ *Id.*, art. 99.5 et 182.0.2

¹⁰⁴ *Id.*, art. 99.5 et 171; *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, préc. note 101, art. 122

région à l'autre en fonction des besoins exprimés par les cliniciens et les usagers (i.e. groupes de soutien sur l'anxiété, sur la dépression, sur les problèmes relationnels, sur les troubles de personnalité, etc.)¹⁰⁵. Ces légères variations régionales ne déchargent toutefois par les CISSS de leur obligation d'offrir (ou de s'assurer que soit offert sur leur territoire) une diversité de services en santé mentale, dont minimalement ceux expressément listés par la ministre dans son plus récent plan d'action en cette matière¹⁰⁶.

Les CISSS doivent par la suite organiser leurs différentes ressources administratives, professionnelles et scientifiques, en directions, services, départements et programmes cliniques¹⁰⁷. Sur recommandation de leur *Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens* respectif, tous les actes médicaux, dentaires ou pharmaceutiques pouvant être prodigués au sein des différentes ressources sont répartis entre ces structures¹⁰⁸. Par la suite, un nombre précis de médecins (omnipraticiens et spécialistes) doit être prévu pour chaque département et service clinique, entre qui les différentes tâches peuvent être réparties¹⁰⁹. Cette répartition permet d'assurer que tant des soins médicaux de première ligne qu'un accès aux ressources médicales spécialisées puissent être offerts aux usagers du CISSS, en fonction de leurs besoins.

Un médecin qui s'est vu accorder des privilèges de pratique par un CISSS¹¹⁰ peut exécuter tous les actes qui ont été prévus au contrat le liant à l'établissement afin d'évaluer, diagnostiquer et soigner les usagers qui lui sont référés. Ces actes, s'ils sont

¹⁰⁵ CISSS MONTÉRÉGIE, « Santé mentale 1re ligne - Guichet d'accès santé mentale », *Portail Santé Montérégie*, 2020, en ligne : <<https://santemonteregie.qc.ca/ouest/sante-mentale-1re-ligne-guichet-daccés-sante-mentale>>

¹⁰⁶ *Supra*, p. 23-25

¹⁰⁷ Art. 183 al. 1 LSSSS

¹⁰⁸ *Id.*, art. 183 al. 2

¹⁰⁹ *Id.*, art. 184 al. 1

¹¹⁰ *Id.*, art. 237-245

assurés via la *Loi sur l'assurance maladie* (ci-après : « LAMQ »)¹¹¹, seront rémunérés par la *Régie de l'Assurance-maladie du Québec* (ci-après : « RAMQ »)¹¹². En 2016-2017, ce sont 56 308 actes associés à une psychothérapie individuelle, prodigués à 21 141 patients inscrits principalement en cabinet privé ou en GMF, qui ont fait l'objet d'un remboursement par la RAMQ¹¹³. Ces séances ont duré tout au plus 30 minutes dans 71% des cas¹¹⁴. Or, rappelons qu'il a été estimé qu'environ un million de québécois souffrent annuellement d'un trouble de santé mentale¹¹⁵. À cet égard, la prise en charge uniquement médicale des troubles de santé mentale apparaît insuffisante pour répondre aux besoins de la population, d'où l'importance de pouvoir compter sur le support et l'expertise d'autres professionnels de la santé au sein du réseau public ou communautaire.

Les besoins des usagers étant variés, le gouvernement se voit dans l'obligation, via la LSSSS, de mettre en place une offre de services tout aussi diversifiée afin de pouvoir y répondre de la manière la plus efficiente possible. Bien que l'apport des médecins de première ligne et des psychiatres soit essentiel, une prise en charge optimale par d'autres professionnels compétents (i.e. thérapeutes, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, etc.) est de la plus haute importance. En effet, ceux-ci sont généralement en mesure d'assurer un suivi sur une plus longue période ou encore dans le milieu de vie du patient, évitant ainsi le risque de rechute ou de récurrence ou permettant une reprise optimale du fonctionnement du patient¹¹⁶. C'est d'ailleurs probablement dans cette optique que le gouvernement s'est donné comme objectif

¹¹¹ RLRQ c. A-29 (LAMQ)

¹¹² Art. 259 et 259.1 LSSSS; Art. 3 al. 1 LAMQ

¹¹³ INESSS, préc. note 7, p. 20

¹¹⁴ *Id.*

¹¹⁵ *Id.*

¹¹⁶ *Supra*, p. 17 et 18; *Infra*, p. 37

principal de consolider son offre en matière de santé mentale pour les usagers qui présentent les restrictions et limitations les plus sévères en raison de leur condition de santé, en assurant que leur suivi soit prodigué par des équipes multidisciplinaires¹¹⁷.

Néanmoins, tel que mentionné plus haut, les services devant obligatoirement être offerts par les CISSS peuvent sembler limités aux soins *curatifs* pour les usagers sévèrement affectés par un trouble de santé mentale. Nous avons poursuivi notre analyse du contexte normatif afin de voir s'il existait des freins à une plus grande diversification de soins en matière de santé mentale. Nous avons relevé deux freins normatifs, l'un découlant d'une définition restrictive des *soins couverts* par la LSSSS (2.1.2.1) et l'autre de la *Loi canadienne sur la santé*¹¹⁸ (ci-après : « LCS ») (2.1.2.2). Un autre frein majeur, mais non normatif, découle quant à lui du caractère limité des ressources disponibles en matière de santé (2.1.2.3).

2.1.2 Freins à une réelle diversification des soins en santé mentale

2.1.2.1 Premier frein : une définition restrictive des soins couverts

Un premier frein à une réelle diversité de soins au sein du réseau public provient de la LAMQ et de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* (ci-après : « LAHQ »). En effet, les actes assurés par la LAMQ sont ceux considérés comme étant *médicalement requis* et octroyés par des médecins, des chirurgiens-dentistes, des optométristes ou des pharmaciens¹¹⁹, que ces derniers soient de nature préventive ou curative. En effet, en vertu de la LAMQ, les interventions en lien avec la santé mentale faisant l'objet d'un

¹¹⁷ *Supra*, p. 23-25

¹¹⁸ L.R.C. 1985, c. C-6

¹¹⁹ *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, RLRQ c. A-29, r. 5, art. 1(d) (r)

acquiescement des frais par l'État sont celles prodiguées par des médecins (peu importe leur lieu de dispensation), telles les consultations et les suivis effectués par des psychiatres ou des médecins de famille ou encore des évaluations de risque suicidaire effectuées en cas d'urgence¹²⁰. Bien que non expressément énumérée, une intervention préventive en matière de santé peut être prodiguée par un médecin, si jugée médicalement requise; nous pourrions penser ici aux recommandations de nature générale (i.e. activité physique, méditation, etc.) faites par un psychiatre ou un médecin de famille dans le cadre du suivi régulier ou ponctuel des usagers dont ils ont la charge.

La LAMQ n'autorise donc pas que les soins offerts par d'autres professionnels de la santé (i.e. psychologue, travailleur social, sexologue, etc.) fassent l'objet d'un remboursement par le réseau public et ce, bien qu'ils puissent être médicalement recommandés. Afin que ces professionnels puissent prodiguer des soins en santé mentale au sein du réseau public, la LAHQ stipule que sont également sujets à un remboursement les soins dispensés à l'intérieur d'établissements hospitaliers¹²¹, seulement si ceux-ci sont *médicalement requis*¹²². Les services assurés comprennent notamment l'hébergement (par exemple, en unité de soins psychiatriques), les soins infirmiers (par exemple, pour l'évaluation des besoins d'un patient référé en externe ou le monitoring d'un patient admis), les services diagnostiques et professionnels (par exemple, les consultations avec un psychologue, un travailleur social ou un sexologue) ainsi que les médicaments administrés pendant le séjour (par exemple, pour le traitement d'une crise psychotique ou encore la stabilisation de l'humeur)¹²³.

¹²⁰ *Id.*, art. 22 (f) iii)

¹²¹ *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation*, RLRQ c. A-28, r. 1, art. 2

¹²² *Id.*, art. 3

¹²³ *Id.*

En résumé, pour faire partie du panier de services assurés, les soins et services prodigués au Québec (tant curatifs que préventifs) doivent nécessairement être prodigués soit par des médecins, soit au sein des CISSS, mais plus encore, ils doivent être « médicalement requis ». Cette notion vient intrinsèquement limiter la nature des soins qui peuvent légalement faire partie du panier de services assurés. Le système public de santé québécois n'ayant pas les ressources d'offrir plus que ce qui ne soit expressément exigé par la législation, seuls les services faisant l'objet d'un remboursement par la RAMQ sont dans les faits offerts par le réseau.

Aussi, bien qu'essentiel et fondateur, le concept de « soins médicalement requis » n'est pas défini ni intégré au corpus législatif prévalant au Québec¹²⁴. En 1995, l'ancien *Conseil médical du Québec* a offert sa propre interprétation de cette notion :

En vue de juger de son assurabilité dans le cadre des régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation, un service requis au point de vue médical est un service:

- a) *qui est relié*
 - i) *à la prévention de la maladie*
 - ii) *au diagnostic ou au traitement de la maladie, des blessures et des traumatismes ainsi que des incapacités qui en résultent;*
- b) *qui répond aux normes médicales;*
- c) *qui est dispensé*
 - i) *sur une base individuelle, ou*
 - ii) *sur une base populationnelle, dans le cadre de la santé publique*¹²⁵.

¹²⁴ FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC, *Consultation sur le panier de services assurés en santé et en services sociaux*, Montréal, 2016, p. 7, en ligne : <<https://www.fmsq.org/documents/10275/13957/memoirePanierServices.pdf>>

¹²⁵ CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC, *Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services médicaux assurés*, 1995, p. 14, en ligne : <https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilMedical/Avis/1995_04_av_fr.pdf>

Nous avons constaté qu'il n'existe pas à proprement parler de liste exhaustive des différents services ainsi assurés par le régime public québécois. C'est d'ailleurs à cette conclusion qu'en est arrivé le *Regroupement provincial des comités des usagers* en 2016, alors que ce dernier avouait avoir été « incapable de se faire une idée juste et précise des coûts réels du panier de services assurés »¹²⁶. L'État québécois semble donc avoir privilégié l'inclusion de termes vagues et larges à son corpus législatif, peut-être afin de se laisser une certaine marge de manœuvre dans l'inclusion, ou non, de certains soins et services à son panier de soins assurés. Mais qu'est-ce qui a justifié son choix d'inclure le critère de « soins médicalement requis » au sein de son corpus législatif? En effet, le fait d'inclure cette exigence a nécessairement pour effet de limiter l'ampleur du panier de services assurés et vient ainsi restreindre la variété de soins devant être offerts par le régime public. Était-ce l'intention du législateur? Pour répondre à cette question, nous devons analyser la prestation de soins de santé sous l'angle du droit constitutionnel.

2.1.2.2 Deuxième frein : l'influence du législateur fédéral

La prestation des soins de santé relève fondamentalement d'un champ de compétence provincial¹²⁷. Nonobstant l'organisation des soins dédiés à certaines populations précises (i.e. Premières nations, militaires et anciens combattant, détenus des pénitenciers fédéraux, etc.), la prestation des soins de santé dans les hôpitaux civils et la formation des médecins sont reliés à l'exercice de compétences d'attribution

¹²⁶ REGROUPEMENT PROVINCIAL DES COMITÉS DES USAGERS, *Du rêve à la réalité - Qu'entend-on par panier de services assurés en santé et en services sociaux?*, Montréal, 2016, p. 14, en ligne : <https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/PanierServices_Memoires_Recus/RPCU.PDF>

¹²⁷ *Loi constitutionnelle de 1867*, 30 & 31 Vict., c. 3 (R.-U.), art. 92(7), 92(13) et 92(16).

provinciale¹²⁸. Néanmoins, en utilisant son pouvoir de dépenser¹²⁹, le gouvernement fédéral peut avoir une forte influence sur la santé des Canadiens. C'est de l'exercice de ce pouvoir que découle la LCS, entrée en vigueur en 1984 et dont le bien-être physique et mental de la population canadienne est l'objectif premier¹³⁰.

Dans cette loi, le législateur canadien précise que les causes sociales, environnementales ou industrielles des maladies doivent être collectivement abordées, le tout afin de favoriser la santé globale des citoyens ainsi que la protection de ceux-ci contre la maladie¹³¹. À cet effet, le législateur précise que « l'accès continu à des soins de santé de qualité, sans obstacle financier ou autre, sera déterminant pour la conservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens »¹³². Plus précisément, la LCS prévoit un transfert de fonds provenant du gouvernement fédéral vers les provinces qui, par le biais de leurs régimes d'assurance-santé respectifs, observent l'application de cinq principes, à savoir : la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité¹³³. Notons que les « services de santé assurés » dont tient compte le législateur fédéral dans le cadre de ce programme sont les « services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire fournis aux assurés »¹³⁴.

Plus spécifiquement, les « services hospitaliers » sont ceux fournis dans un hôpital ou en externe de celui-ci, à la condition d'être médicalement nécessaires pour le maintien

¹²⁸ Martha BUTLER et Marlisa TIEDEMANN, « Le rôle fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé », *En Bref - Bibliothèque du Parlement*, Ottawa, 2013, p. 1, en ligne : <<https://bdp.parl.ca/staticfiles/PublicWebsite/Home/ResearchPublications/InBriefs/PDF/2011-91-f.pdf>>

¹²⁹ *Id.*, p. 3 ; *Loi constitutionnelle de 1867*, préc. note 127, art. 91(1A) et 91(3).

¹³⁰ Préambule, al. 3 et art. 3 LCS

¹³¹ *Id.*, préambule al. 3

¹³² *Id.*, préambule al. 5

¹³³ *Id.*, art. 7

¹³⁴ *Id.*, art. 2

de la santé, la prévention des maladies ou le diagnostic ou le traitement des blessures, maladies ou invalidités¹³⁵. Quant aux « services médicaux », il s'agit, encore une fois, des services médicalement nécessaires fournis par un médecin¹³⁶. C'est donc vraisemblablement de la volonté de l'État québécois de bénéficier de cet apport financier que provient la notion de « médicalement requis » intégrée à son propre corpus législatif. En effet, si le régime d'assurance maladie élaboré par la province en 1991 et maintenu depuis ce temps se conforme aux cinq critères établis par le gouvernement fédéral en 1984, alors une aide financière est accordée pour la mise en œuvre et le maintien de ce régime d'assurance public.

En termes d'intégralité, l'article 9 de la LCS exige que :

[Au] titre du régime provincial d'assurance-santé, tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes soient assurés, et lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par les autres professionnels de la santé. [nos soulignés]

Il appert donc, *a contrario*, qu'afin de bénéficier des transferts fédéraux, une province n'a pas l'obligation d'assurer les services octroyés par des professionnels de la santé autres que des médecins ou encore ceux fournis par des professionnels de la santé à l'extérieur des établissements hospitaliers. Ce n'est donc pas, comme l'a rappelé la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *Auton*¹³⁷, le financement de tous les services médicalement requis qui est prévu par la Loi canadienne¹³⁸. En effet, peuvent donc être exclus, pour l'analyse de l'admissibilité des provinces à l'obtention du financement fédéral, les services offerts par d'autres professionnels de la santé (i.e. psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, sexologue, etc.) ailleurs qu'au

¹³⁵ *Id.*

¹³⁶ *Id.*

¹³⁷ *Auton (Tutrice à l'instance de) c. Colombie-Britannique (Procureur Général)*, 2004 CSC 78

¹³⁸ *Id.*, par. 35

sein d'hôpitaux (i.e. clinique privée). Pourtant, ces divers soins peuvent être considérés par la communauté scientifique comme étant favorables au développement ou au maintien d'une bonne santé mentale.

Il appartient aux législateurs provinciaux de décider d'inclure ou non de tels services à leurs paniers respectifs de soins assurés, à leur discrétion¹³⁹. Toutefois, s'ils décident d'inclure à leur panier de soins de santé assurés, par exemple, les services de psychologue en cabinet privé ou encore de travailleurs sociaux en cabinet de médecine familiale, alors il devra s'assurer que ceux-ci soient offerts de manière universelle, accessible et intégrale afin de ne pas perdre son droit aux transferts fédéraux.

2.1.2.3 Troisième frein : des ressources limitées

La LSSSS prévoit enfin, via son article 13, que l'offre de services en matière de santé est limitée notamment par « les ressources humaines, matérielles et financières dont [l'établissement] dispose ». Or, ces ressources sont par nature restreintes, puis attribuées en fonction des grandes orientations édictées par le gouvernement telles que vues ci-dessus. Ainsi, l'article 13 offre une certaine souplesse à l'État qui tient compte du fait qu'alors que les besoins soient infinis, les ressources sont quant à elles limitées. Ce faisant, le législateur prévoit que ce ne seront pas forcément tous les soins qui pourront être offerts par le régime public, et que seuls devront l'être ceux ayant fait l'objet d'une analyse par les autorités décisionnelles compétentes afin d'en déterminer la nécessité et l'efficacité.

¹³⁹ Art. 9 LCS; *Auton*, préc. note 137, par. 33 et 35

C'est sans doute ce qui explique que le seuil minimal de soins prévu par l'article 99.6 de la LSSSS¹⁴⁰ et par les divers plans stratégiques gouvernementaux¹⁴¹ n'est pas forcément aussi varié qu'on le souhaiterait afin de répondre aux considérables besoins populationnels en matière de santé mentale. Tel que le notait l'INESSS en 2018 :

Les besoins de soins en santé mentale sont nombreux, tandis que l'accès aux services psychologiques, et plus particulièrement à la psychothérapie, dans le secteur public demeure limité. (...) [C]et accès restreint s'expliquerait, d'une part, par le manque de ressources investies dans ce domaine d'intervention comparativement à celles consacrées à la médication et, d'autre part, par la consolidation partielle des équipes de santé mentale dans les services de première ligne.¹⁴²

Nous concluons que l'environnement normatif entourant spécifiquement la prestation de soins en santé mentale ne favorise pas pleinement une offre de services variés par le réseau public de santé. En effet, plusieurs dispositions législatives comportent certains freins potentiels et ce, bien que les diverses lois annoncent des objectifs larges et louables en matière de santé psychologique ainsi qu'en matière d'interventions de nature préventive. Il ressort que seulement quelques-uns des multiples soins de santé psychologique doivent obligatoirement être offerts par le régime public et que jusqu'à maintenant, le ministre n'a pas manifesté son intention d'ajouter de nouveaux soins à ceux légalement prévus. Le vaste pouvoir discrétionnaire accordé aux autorités décisionnelles, ainsi que l'attribution de ressources par nature restreintes expliquent qu'une vaste majorité d'utilisateurs se voit limitée à recevoir des services prodigués presque exclusivement par leur médecin de famille, combiné ou non à un traitement pharmacologique¹⁴³. Les services de psychothérapie individuelles ou de groupes ou

¹⁴⁰ *Supra*, p. 26

¹⁴¹ *Supra*, p. 21-25

¹⁴² INESSS, préc. note 7, p. 6

¹⁴³ ASPC, préc. note 42, p. 3 et 4

encore les suivis effectués par des ergothérapeutes en santé mentale sont encore aujourd'hui des options qui ne sont souvent disponibles qu'à ceux ayant les moyens de recourir aux services de professionnels en pratique privée.

Or, les études et les recherches à ce sujet tendent à démontrer que les interventions psychosociales, incluant la psychothérapie, sont autant sinon plus efficaces pour le traitement de pathologies en lien avec l'anxiété ou l'humeur¹⁴⁴ qu'une pharmacothérapie, tout en bénéficiant d'un meilleur ratio coûts-bénéfices au long terme, vu la protection accrue contre les rechutes qu'elles permettent¹⁴⁵. De plus, des estimations fondées sur des données canadiennes et québécoises permettent d'estimer un retour sur investissement d'au moins 2\$ pour chaque dollar investi dans ce type de prise en charge¹⁴⁶.

2.2 Un support apporté en temps utile

2.2.1 *Les aspirations gouvernementales en matière de délais d'attente*

En septembre 2018, l'École de santé publique ainsi que l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal ont publié un rapport portant sur l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux au Québec¹⁴⁷. À la suite de l'analyse de plusieurs données, les auteurs ont constaté que l'accessibilité aux services psychosociaux et aux services de santé mentale était problématique et ce, dans presque

¹⁴⁴ INESSS, préc. note 7, p. i)

¹⁴⁵ *Id.*, p. 50

¹⁴⁶ *Id.*, p. iv

¹⁴⁷ François CHAMPAGNE, André-Pierre CONTANDRIOPOULOS, Geneviève STE-MARIE et Élise CHARTRAND, *L'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux au Québec*, Montréal, Université de Montréal, 2018, en ligne : <[http://www.irspum.umontreal.ca/Portals/0/Atlas_accessibilite%CC%81\(reduit\).pdf](http://www.irspum.umontreal.ca/Portals/0/Atlas_accessibilite%CC%81(reduit).pdf)>

tous les CISSS de la province¹⁴⁸, ce problème étant d'ailleurs encore plus criant dans les territoires plus défavorisés¹⁴⁹. Ainsi, il ressort que le délai d'obtention du premier service a été de 30 jours ou moins dans un peu plus de 60% des cas¹⁵⁰. De même, une étude menée par l'Institut de la Statistique du Québec en 2012 révélait qu'au cours de l'année précédente, 4.4% des Québécois âgés de 15 ans et plus auraient estimé que leur besoin d'aide professionnelle pour la gestion de leurs émotions, leur santé mentale ou leur consommation n'aurait pas été comblé¹⁵¹. Pour la même période, c'est 9.6% de cette population qui aurait eu l'opportunité de consulter un professionnel pour ce type de problématique, représentant 58% des personnes ayant déclaré souffrir d'un trouble de santé mentale¹⁵².

La difficulté de rejoindre un professionnel en temps utile a été mentionnée comme un des freins à une prise en charge professionnelle¹⁵³. Pourtant, il a été estimé que le Québec bénéficiait de la présence d'un nombre suffisant de thérapeutes et de psychologues compétents pour les besoins de la population ; plus de la moitié de ceux-ci (55%) ont opté pour la pratique privée au détriment du réseau public¹⁵⁴.

Par ailleurs, le plus récent Plan stratégique 2019-2023 en matière de santé précise que l'optimisation de la prestation des services de santé au bon moment compte parmi les objectifs principaux pour les cinq prochaines années¹⁵⁵. Le premier enjeu prioritaire

¹⁴⁸ *Id.*, p. 9

¹⁴⁹ *Id.*, p. 10

¹⁵⁰ *Id.*, p. 18

¹⁵¹ R. BARALDI *et als*, préc. note 95, p. 112

¹⁵² *Id.*, p. 113-115

¹⁵³ Tout comme les listes d'attente, l'éloignement géographique, la méconnaissance de la maladie mentale ainsi que la crainte d'être jugé : INESSS, préc. note 7, p. 3

¹⁵⁴ *Id.*, p. 5 et 20

¹⁵⁵ DIRECTION DE LA VALORISATION SCIENTIFIQUE, DES COMMUNICATIONS ET DE LA PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE, préc. note 84, p. 10 et suiv.

énoncé par le ministre concerne ainsi la prestation efficiente des soins de santé et de services sociaux, auquel se rattachent plusieurs objectifs en matière d'accès aux services de première et de deuxième ligne. Les services en santé mentale y font l'objet de cibles spécifiques visant la diminution du temps d'attente pour l'obtention d'un premier service et la diminution, à terme, du nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale de 90%¹⁵⁶. Une brève mention des listes d'attente en psychiatrie apparaît dans ce Plan, bien qu'aucune cible spécifique en cette matière ne soit prévue à ce plan, alors qu'il est par ailleurs question des initiatives concrètes devant être mises en place afin d'assurer une réduction des listes d'attentes pour les examens d'imageries, les chirurgies ainsi que les patients récemment diagnostiqués avec un cancer¹⁵⁷. Financièrement, l'amélioration de l'accès aux services de santé mentale s'accompagnera, entre 2019 et 2021, d'une enveloppe budgétaire additionnelle s'élevant à 70 millions de dollars¹⁵⁸.

De plus, dans le second *Plan d'action en santé mentale*, le ministre souligne, en guise d'introduction :

*[L]'importance de [...] de mettre en place des mesures permettant une amélioration de la réponse aux besoins des personnes atteintes d'une maladie mentale et l'évaluation de la performance des services et des soins dans ce secteur, tout en favorisant une utilisation optimale et judicieuse des ressources financières, matérielles et humaines.*¹⁵⁹

On constate que l'un des principes directeurs ayant guidé la préparation de ce plan d'action vise à ce que les services en matière de santé mentale soient accessibles en

¹⁵⁶ *Id.*, p. 12

¹⁵⁷ *Id.*, p. 13

¹⁵⁸ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Budget 2018-2019. Santé : des services de santé accessibles et de qualité*, Québec, 2018, p. 10, en ligne : <http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2018-2019/fr/documents/Sante_1819.pdf>

¹⁵⁹ DSM-MSSS, préc. note 14, p. 2

temps utile, sans égard à l'âge de ceux qui les requièrent¹⁶⁰. Plus spécifiquement, le ministre souhaite répondre à 70% des besoins de la population en matière de soins de première ligne en temps opportun¹⁶¹, soit à l'intérieur d'un délai de 30 jours¹⁶². Pour ce faire, le ministre exprime notamment le souhait de voir consolidée la gamme de services d'intervention de crise (vue plus tôt à la section 2.1.1) dans l'ensemble des régions du Québec¹⁶³. En ce qui concerne l'accès à un psychiatre, le ministre souhaite que les usagers en état de crise soient vus dans un délai maximal de vingt-quatre (24) heures, que ceux dont l'état mental est instable obtiennent une consultation dans les sept (7) à quatorze (14) jours suivant la demande et que ceux dont l'état est stable puissent rencontrer le spécialiste à l'intérieur de trente (30) jours¹⁶⁴.

2.2.2 La réalisation des objectifs d'efficience favorisée par les outils juridiques en place

Chaque CISSS est chapeauté par un conseil d'administration, à qui incombe la tâche de redistribuer les enveloppes budgétaires allouées par le ministre entre ses différents départements et services. Il incombe au conseil d'administration d'assurer « l'accessibilité aux services de l'établissement sur l'ensemble du territoire sous sa

¹⁶⁰ *Id.*, p. 10

¹⁶¹ *Id.*, p. 53 ; DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MSSS, *Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS*, Québec, 2011, p. 26, en ligne : <<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-914-01F.pdf>>

¹⁶² DSM-MSSS, préc. note 14, p. 68

¹⁶³ *Id.*, p. 51

¹⁶⁴ *Id.*, p. 68

responsabilité »¹⁶⁵, en fonction des priorités déterminées dans le Plan stratégique en matière de santé¹⁶⁶.

La LSSSS oblige aussi chaque CISSS à mettre en place des « corridors de services » entre ses différents points de services, professionnels, cliniques médicales et organismes communautaires établis sur son territoire¹⁶⁷. Dans l'éventualité où les ressources d'un CISSS ne lui permettent pas de répondre à un besoin précis (par exemple, l'accès à un psychiatre ou encore l'inclusion à un groupe de soutien spécifique sur la dépression), le CISSS est tenu de référer la clientèle concernée à un établissement-partenaire qui en dispose, lequel est alors tenu d'accueillir et de traiter les usagers en question, à moins de circonstances exceptionnelles¹⁶⁸. La loi va même jusqu'à prévoir que le ministre peut organiser lui-même de tels corridors de service afin d'assurer un accès uniforme et *en temps utile* aux services requis¹⁶⁹, si un CISSS fait défaut de remplir son obligation ou si le corridor établi est inadéquat. Cette obligation légale concernant les corridors de service est certainement favorable à la réalisation de l'objectif selon lequel les soins doivent être offerts en temps utile.

Nos recherches n'ont permis d'identifier aucune barrière juridique à l'accès aux services et soins en santé mentale dans un délai utile. Les problèmes à cet égard semblent plutôt découler d'autres facteurs, notamment de la gestion des ressources humaines. En effet, le choix de plusieurs professionnels de la santé de pratiquer à

¹⁶⁵ Art. 172(3.1) LSSSS

¹⁶⁶ *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, préc. note 101, art. 5 al. 3 et art. 29

¹⁶⁷ Art. 99.7 et 108 LSSSS; *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, préc. note 101, art. 39

¹⁶⁸ Art. 81 LSSSS; *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, préc. note 101, art. 39, 41 et 43

¹⁶⁹ *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, préc. note 101, art. 40 et 42

l'extérieur du réseau public permet d'expliquer en partie la difficulté d'être pris en charge par le système de santé ainsi que le délai pour ce faire, le cas échéant¹⁷⁰. Nous verrons plus en détails à la section suivante comment l'organisation du réseau et son système procédural, jumelé à une disponibilité moindre de professionnels de la santé au sein du réseau, peut également empêcher la réalisation des objectifs gouvernementaux en matière d'accès en temps utile.

2.2.3 *Des freins administratifs et procéduraux*

En pratique, les médecins de famille sont souvent les premiers interlocuteurs des usagers en matière de problèmes de santé mentale. En effet, leur évaluation est généralement requise si un usager souhaite se prévaloir des services de psychothérapie ou de counseling en service social offerts par des professionnels de la santé rattachés à un CISSS¹⁷¹. De plus, une évaluation par un médecin de première ligne est nécessaire pour obtenir une référence vers un spécialiste¹⁷² (à moins d'être dans une situation de crise et de se présenter dans un établissement de santé qui bénéficie d'un département de psychiatrie¹⁷³). Actuellement, la majorité des personnes qui consultent leur médecin de famille en raison de troubles de nature psychologique ne se font pas systématiquement référer auprès d'un professionnel de la santé mentale compétent et ne se font souvent prescrire qu'un ou plusieurs médicaments afin d'atténuer leurs

¹⁷⁰ INESSS, préc. note 7, p. 5 et 20; F. CHAMPAGNE *et als*, préc. note 146, p. 9, 10 et 18

¹⁷¹ DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MSSS, préc. note 160, p. 27; DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MSSS, *Guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS*, Québec, 2008, p. 14 et 15, en ligne : <<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-914-08.pdf>>;

¹⁷² DSM-MSSS, préc. note 14, p. 43 et 44 ; DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MSSS, préc. note 160, p. 15 et 16

¹⁷³ Art. 7 LSSSS

symptômes¹⁷⁴. Nous avons tenté de comprendre d'où vient cette apparente réticence à référer des patients auprès de services supposément accessibles au sein du réseau.

Il faut savoir qu'au public, l'accès aux différents services d'intervention psychosociale doit se faire via le « Guichet d'Accès en Santé Mentale » (ci-après : « GASM »), auprès duquel les usagers ne peuvent pas s'adresser directement. Introduits en 2005 par le biais du précédent *Plan d'action en santé mentale*¹⁷⁵, les GASM sont gérés au sein de chaque CISSS par des équipes de première ligne spécialisées en santé mentale¹⁷⁶. Leur objectif est d'assurer la disponibilité et la continuité des divers services en santé mentale. Pour ce faire, les professionnels qui y œuvrent ont pour principale tâche d'évaluer l'état des usagers qui y sont référés et de déterminer, par une hiérarchisation adéquate de l'ensemble des services disponibles (incluant les services spécialisés), ceux requis par la condition de l'utilisateur¹⁷⁷. Ainsi, sur réception d'une demande d'évaluation et/ou de prise en charge complétée par un médecin, l'établissement est tenu d'évaluer en temps utile la demande et de lui attribuer une cote de priorité, de la même manière que le triage s'effectue aux urgences de la province.

L'utilisateur souhaitant se prévaloir de services de santé mentale auprès d'un CISSS est donc en premier lieu tenu de consulter un médecin ou un autre professionnel de la santé (i.e. infirmière praticienne spécialisée), qui évaluera notamment : la nature de la maladie, la gravité de la problématique, la sévérité des symptômes, la présence ou non d'impacts socioprofessionnels, s'il s'agit d'un premier événement ou non, l'âge de

¹⁷⁴ INESSS, préc. note 7, p. 4

¹⁷⁵ MSSS, préc. note 88, p. 23; DSM-MSSS, préc. note 14, p. 41, 43 et 44

¹⁷⁶ DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MSSS, préc. note 171, p. 10

¹⁷⁷ DSM-MSSS, préc. note 14, p. 43 et 44

l'usager, son niveau d'isolement social, etc¹⁷⁸. S'en suit l'évaluation effectuée par un employé du GASM du CISSS concerné (vu ci-dessus), après quoi l'usager est finalement « classé » en fonction de l'urgence de sa situation, puis pris en charge par un professionnel de la santé compétent en fonction de la liste d'attente¹⁷⁹.

Pour l'année 2016-2017, les différents GASM ont permis d'offrir à 35 520 usagers près de 239 928 interventions en matière de santé mentale, chaque usager ayant personnellement bénéficié de 2 à 7 consultations (en moyenne)¹⁸⁰. Or, une revue de la littérature scientifique à ce sujet a permis d'estimer qu'entre 10 et 20 séances de psychothérapie individuelles, souvent de type cognitivo-comportementale, sont généralement requises pour constater une amélioration clinique appréciable et un retour aux activités et au fonctionnement normal¹⁸¹. Le suivi de courte durée que réussit donc à fournir le réseau public laisse ainsi à croire que les services offerts demeurent sous-optimaux par rapport aux besoins populationnels.

La procédure mise en place pour l'implantation des GASM met l'accent sur le volet curatif des soins de santé mentale ; en effet, un usager qui n'a ni diagnostic ni symptôme invalidant pourrait ne pas être référé au GASM par son médecin traitant, ou du moins ne sera pas priorisé par l'équipe du GASM, et donc ne pourra pas bénéficier des services offerts par le CISSS en temps utile¹⁸². Dans l'éventualité où il ne serait pas référé, ou encore face à une liste d'attente pouvant atteindre plusieurs mois pour les cas classés non-urgents, un usager du réseau de la santé qui traverse donc des moments difficiles (i.e. deuil, perte d'emploi, rupture, etc.) sans

¹⁷⁸ DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MSSS, préc. note 171, p. 15

¹⁷⁹ DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MSSS, préc. note 161, p. 9

¹⁸⁰ INESSS, préc. note 7, p. 23

¹⁸¹ *Id.*, p. iii

¹⁸² DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MSSS, préc. note 171, p. 12 ; F. CHAMPAGNE *et als*, préc. note 147

nécessairement présenter de limitations ou de restrictions professionnelles devra, s'il souhaite obtenir une aide professionnelle afin d'éviter la détérioration de son état mental, consulter un praticien en clinique privée ou encore un organisme communautaire spécialisé dans sa région. Or, une telle prise en charge peut représenter un fardeau financier additionnel que n'ont pas la possibilité d'assumer plus de 60% des citoyens¹⁸³. Précisons qu'une prise en charge optimale représente, auprès d'un professionnel pratiquant en bureau privé, un investissement variant actuellement entre 800\$ et 2 400\$ (dépendamment du professionnel choisi, de son lieu de pratique, de son expérience, etc.), dont une partie seulement peut être sujette à remboursement par les compagnies d'assurance privées, le cas échéant¹⁸⁴.

Ainsi, notre analyse du contexte normatif en matière de prestation efficiente des soins de santé mentale révèle que bien que légalement tenu de s'assurer que les soins soient administrés en temps utile, le plus près des cibles établies par le ministère, les CISSS font face à un manque de ressources humaines constituant un frein majeur à l'actualisation de ces ambitions. Par ailleurs, le contexte procédural entourant la prestation de soins de première ligne en santé mentale, et plus particulièrement la multiplication des évaluations exigées par les guides de pratique (par le médecin ou professionnel référent, par l'employé du GASM puis par le professionnel à qui le patient est référé) ralentit assurément la prise en charge de l'utilisateur qui nécessite des soins.

¹⁸³ DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MSSS, préc. note 171, p. 19

¹⁸⁴ INESSS, préc. note 7, p. 6

2.3 Initiatives émanant de la santé publique en matière de promotion et de prévention en santé mentale

2.3.1 Divers objectifs énoncés de manière diffuse

Compte tenu de la nature accessoire des interventions à visée préventive incluses dans la *Plan d'action en matière de santé mentale*, nous avons émis l'hypothèse que la majorité de ce type de mesure devrait se retrouver au *Programme national de santé publique 2015-2025*¹⁸⁵, davantage axé sur la prévention en santé. Notons qu'en vertu de la *Loi sur la santé publique*¹⁸⁶ (ci-après « LSP »), le ministre se voit confier la responsabilité d'élaborer, de publier et de diffuser, à intervalles réguliers, un *Programme national de santé publique*, qui énonce les différentes orientations et objectifs considérés prioritaires au regard de la santé globale de la population¹⁸⁷. Il appartient par la suite aux CISSS, conjointement avec les directeurs régionaux de santé publique, de mettre en œuvre les initiatives en cette matière¹⁸⁸.

Dans la dernière édition de ce Programme, quatre axes d'intervention prioritaire sont listés par le ministre. Deux d'entre eux sont pertinents en matière de santé mentale, à savoir : le développement global des enfants et des jeunes ainsi que l'adoption de modes de vie et la création d'environnements sains et sécuritaires du point de vue physique, économique, politique et socioculturel. Le premier concerne plus précisément la mise en place de mesures s'adressant particulièrement à l'ensemble des tout-petits québécois et à leur famille et ce dès la grossesse, afin de prévenir

¹⁸⁵ DIRECTION DE LA SANTÉ MENTALE DU MSSS, préc. note 54

¹⁸⁶ RLRQ c. S-2

¹⁸⁷ *Id.*, art. 7-9

¹⁸⁸ Art. 80 al. 3, 340(6) et 371-375 LSSSS; Art. 11-13 LSP; *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, préc. note 101, art. 71(8), 88-90, 120, 121 al. 1 et 122

l'apparition de problèmes d'adaptation sociale¹⁸⁹. Le second axe touche quant à lui l'ensemble de la population et vise à agir en amont pour contrer l'apparition de problèmes de santé évitables, dont certains problèmes de santé mentale et d'adaptation sociale¹⁹⁰.

Les diverses initiatives en matière de santé publique découlant de ces axes d'intervention visent donc le développement de compétences personnelles et sociales. Elles doivent permettre de faciliter les transitions et la conciliation travail/études/vie personnelle, d'augmenter les sentiments de sécurité et d'appartenance, de promouvoir l'engagement citoyen et de développer de saines relations interpersonnelles¹⁹¹. Plus spécifiquement, les interventions les plus récentes sont notamment orientées vers l'adoption d'une consommation responsable d'alcool et des drogues, la réduction de l'utilisation du tabac, l'amélioration de l'autonomie des aînés, la prévention de suicide, l'adoption de choix alimentaires judicieux, l'adoption d'un mode de vie actif, ou encore la création de milieux de travail sécuritaires et exempts de violence ou de harcèlement¹⁹².

Notons que l'offre de services de santé publique n'est pas détaillée au *Programme national de santé publique*. Pour la connaître plus précisément, nous devons nous référer aux *Plans d'action régionaux de santé publique*, élaborés par les 18 directions régionales de santé publique en vertu de l'obligation qui leur est conférée par la LSP¹⁹³. Ces plans d'action précisent quelles sont les stratégies à mettre en œuvre pour remplir efficacement leurs missions et partagent les tâches entre les différents acteurs

¹⁸⁹ DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MSSS, préc. note 54, p. 40 et 41

¹⁹⁰ *Id.*, p. 43-49

¹⁹¹ *Id.*, p. 42-44

¹⁹² *Id.*, p. 45-50

¹⁹³ Art. 11 LSP

concernés. Enfin, ils stipulent les cibles à atteindre ainsi que la manière de mesurer les résultats¹⁹⁴. Ainsi, considérant les orientations ministérielles en santé mentale, on peut s'attendre à ce que les directions régionales prévoient des actions concrètes à l'égard des tout-petits et des jeunes ou encore au sein des milieux scolaires et professionnels présents sur leur territoire respectif. Par exemple, le *Plan d'action régional de santé publique 2016-2020* de la Montérégie¹⁹⁵ précise le taux de prise en charge attendu de la part des *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* (ci-après « SIPPE ») auprès de sa clientèle particulièrement vulnérable¹⁹⁶ ou encore les moyens privilégiés afin de favoriser la collaboration entre le MSSS ainsi que les Services de garde éducatifs à l'enfance ou le réseau scolaire (via l'approche École en santé)¹⁹⁷. En matière de prévention du suicide, ce plan d'action prévoit également l'élaboration d'un guide d'intervention spécifique en cette matière, en collaboration avec les partenaires territoriaux concernés¹⁹⁸.

Nous retrouvons des mesures additionnelles en matière de santé publique au sein de la *Politique gouvernementale de prévention en santé*¹⁹⁹, élaborée en 2016 par la ministre déléguée à la *Réadaptation, à la Protection de la jeunesse, à la Santé publique et aux Saines habitudes de vie*. Cette Politique se veut un outil structurant dont l'objectif est de guider tous les décideurs publics, peu importe leur provenance, dans l'élaboration de programmes qui tiennent compte de l'état de santé de la

¹⁹⁴ DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MSSS, préc. note 54, p. 60 et suiv.

¹⁹⁵ DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE, *Plan d'action régional de santé publique 2016-2020*, Longueuil, 2016, en ligne : <<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3858/PAR-VF.pdf>>.

¹⁹⁶ *Id.*, p. 28

¹⁹⁷ *Id.*, p. 32-35

¹⁹⁸ *Id.*, p. 41

¹⁹⁹ DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MSSS, *Politique gouvernementale de prévention en santé*, Québec, 2016, en ligne : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-297-08W.pdf>>

population, particulièrement des communautés défavorisées²⁰⁰. À cet égard, les problèmes d'adaptation sociale (i.e. consommation abusive de drogue ou d'alcool, situations d'abus physique ou de négligence) et de santé mentale ont notamment été définis comme prioritaires, compte tenu de leur prévalence, de leur impact socio-économique, des inégalités qu'ils peuvent générer et des gains qu'on espère encore réaliser²⁰¹.

Des neuf grandes cibles déterminées par la ministre, une concerne directement la santé mentale, soit que d'ici 2025, au moins 80% de la population atteigne un niveau élevé de bien-être émotionnel et psychosocial. Indirectement, l'atteinte de certaines autres cibles auront également comme effet d'aider à parvenir à cet objectif (par exemple, l'adoption de saines habitudes vie, la création de milieux de vie sécuritaires et stimulants, la réduction de l'écart de mortalité entre les personnes les moins et les plus favorisées)²⁰². Ainsi, par le biais de la Politique, l'État souhaite stimuler l'ensemble de ses décideurs publics à « agir sur un ensemble de facteurs en vue d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie de la population du Québec et de réduire les inégalités sociales de santé »²⁰³.

Tout comme le *Programme national de santé publique* vu précédemment, la Politique s'organise autour des quatre grandes orientations que sont le développement des capacités des personnes dès la naissance, l'aménagement de milieux de vie sains et sécuritaires, l'amélioration des conditions de vie qui favorisent la santé et le renforcement des actions de prévention au sein même du réseau de la santé²⁰⁴. De

²⁰⁰ *Id.*, p. 1, 2 et 12

²⁰¹ *Id.*, p. 12

²⁰² *Id.*, p. 16

²⁰³ *Id.*, p. 12

²⁰⁴ *Id.*, p. 17 et 18

deux à trois objectifs par orientation ont été sélectionnés, en raison des meilleurs bénéfices attendus de leur atteinte. Parmi ceux-ci, citons le soutien et l'amélioration du développement global des enfants et des jeunes d'âge scolaire, la mise en place de conditions de travail favorisant la santé ainsi que l'implantation accrue de l'offre de services de nature préventive²⁰⁵.

À titre d'exemple, l'une des mesures retenues vise à soutenir le déploiement, au sein de divers milieux de travail (particulièrement des PME)²⁰⁶, de démarches de type « Entreprise en santé ». Par le biais d'un programme structuré, ce type d'initiative a pour but d'accompagner les employés d'une entreprise dans une démarche visant l'amélioration de leurs habitudes de vie, l'atteinte d'un meilleur équilibre travail-vie personnelle et l'optimisation de l'environnement de travail et des pratiques de gestion. Il a été démontré que l'implantation de ce type de programme concoure à diminuer le taux d'absentéisme, le niveau de roulement de personnel et la hausse des primes d'assurances collectives et les cotisations²⁰⁷. Il a été estimé qu'une économie variant de 2,75\$ à 4\$ pouvait être réalisée pour chaque dollar dépensé et ce, dès la deuxième ou la troisième année de mise en œuvre²⁰⁸. Pour en arriver à un déploiement bonifié, le MSSS a donc été désigné principal responsable, entre 2017 et 2021, d'élaborer une campagne d'information relative aux bénéfices associées à l'adoption d'une telle démarche et d'offrir un soutien aux employeurs désirant s'y engager. Pour ce faire, un investissement total de 1 720 000\$ a été accordé pour cette période. Le MSSS peut également compter sur la collaboration du Ministère de l'Économie, de la Science et

²⁰⁵ *Id.*

²⁰⁶ DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MSSS, *Plan d'action interministériel 2017-2021 de la Politique gouvernementale de prévention en santé*, Québec, 2018, p. 35, en ligne : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-297-02W.pdf>>

²⁰⁷ *Id.*, p. 34

²⁰⁸ DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MSSS, préc. note 199, p. 52

de l'Innovation et du Groupe entreprise en santé pour l'atteinte de ces objectifs, dont la retombée attendue est que d'ici 2021, plus de PME offrent des programmes et des environnements de travail favorables à la santé²⁰⁹.

Des mesures additionnelles en matière de santé publique sont également prévues dans le *Plan stratégique 2019-2023* en matière de santé. En effet, le ministre y prévoit l'objectif de supporter financièrement le milieu communautaire en octroyant au moins 10% du budget alloué à la santé mentale à divers organismes²¹⁰ dont la mission est de promouvoir la santé de la population de l'ensemble de la province, la prévention des maladies et l'amélioration des conditions de vie sur le territoire²¹¹. De plus, compte tenu de la prévalence de plus en plus importante des troubles de santé mentale chez les adolescents et les jeunes adultes recevant des services dans le cadre de la *Loi sur la Protection de la Jeunesse*²¹² ou encore chez ceux souffrant d'un premier épisode psychotique²¹³, le ministre déclare leur accorder une attention particulière dans ses différents Plans d'action et stratégique. Cette considération vise notamment à s'assurer qu'autant que possible, aucune interruption de services ne survienne lors du passage à l'âge adulte, tout en permettant la diminution des taux de détresse psychologique chez les enfants et les adolescents. Plus spécifiquement, le MSSS a mis en œuvre le déploiement progressif d'un concept « Aire ouverte », destiné aux jeunes de 12 à 25 ans et offrant des services et conseils en matière de santé mentale et sexuelle ou encore en matière d'éducation et du marché de l'emploi²¹⁴.

²⁰⁹ DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MSSS, préc. note 206, p. 34 et 35

²¹⁰ DSM-MSSS, préc. note 14, p. 50

²¹¹ Art. 337 LSSSS

²¹² RLRQ c P-34.1; DSM-MSSS, préc. note 14, p. 37-38

²¹³ DSM-MSSS, préc. note 14, p. 38-40

²¹⁴ DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MSSS, *Rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux 2018-2019*, Québec, 2019, p. 1, en ligne : <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/rapport-annuel-de-gestion/RA_19-102-

Enfin, le *Plan d'action en santé mentale* prévoit également le renforcement de certaines mesures déjà en place en milieux scolaires et professionnels et s'adressant aux personnes atteintes d'un trouble de santé mentale ou à risque de le devenir²¹⁵. À cet égard, soulignons les efforts entourant l'implantation de l'approche *École en santé* au sein des établissements scolaires québécois. Cette certification vise l'acquisition de saines habitudes de vie chez les jeunes et leur famille, tout en favorisant l'estime de soi, les compétences sociales ainsi que l'amélioration de l'environnement immédiat des enfants et adolescents²¹⁶. De même, on retrouve la mise en place des SIPPE, rassemblant différents professionnels du milieu de la santé, des organismes communautaires et des milieux éducatifs et dont l'objectif est de soutenir continuellement les futurs parents qui auront été évalués comme étant particulièrement vulnérables, de la grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait 5 ans²¹⁷.

2.3.2 *Un portrait mitigé du cadre normatif en matière de santé publique*

Le *Plan d'action Interministériel 2017-2021*²¹⁸ planifie et structure la mise en œuvre de la *Politique gouvernementale de prévention en santé*. Plus spécifiquement, y sont détaillés les actions concrètes à mettre en œuvre, le calendrier d'implantation pour

01W_MSSS.pdf>. Pour l'instant, ce concept, toujours en évaluation par les équipes en place, a été déployé au sein de trois points de services sur le territoire québécois. Ce rapport ne précise toutefois pas quels sont les objectifs de déploiement pour le reste de la province ni le délai pour ce faire, le cas échéant.

²¹⁵ *Id.*, p. 32-37

²¹⁶ *Id.*, p. 32-34; MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT, *Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*, Québec, 2005, en ligne : <http://ecoleensante.inspq.qc.ca/Data/Sites/1/SharedFiles/EcoleEnSante_Guide.pdf>

²¹⁷ DSM-MSSS, préc. note 14, p. 41-43; DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MSSS, *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité - Cadre de référence*, Québec, 2019, en ligne : <<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-836-02W.pdf>>

²¹⁸ DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MSSS, préc. note 206

chacune, les entités responsables de leur mise en œuvre, les investissements accordés, les approches priorisées, les retombées attendues suivant l'instauration de chaque mesure ainsi que les mécanismes de reddition de comptes²¹⁹. À cet effet, une lecture de ce Plan d'action permet de réaliser que les échéanciers fixés par la ministre sont généralement peu explicites ou concrets (i.e. entre 2017 et 2021)²²⁰, rendant de ce fait plus complexe l'évaluation de la mise en œuvre de la Politique lorsque celle-ci arrivera à échéance. Par ailleurs, concernant spécifiquement le troisième objectif de cette Politique, soit celui de « [renforcer] les actions de prévention dans le système de santé et de services sociaux », la ministre prend soin de souligner qu'à ce stade, les mesures déployées visent essentiellement à outiller les gestionnaires ainsi que les professionnels du réseau de la santé en élaborant ou en mettant à jour divers guides de pratique, cadres de référence ou activités de formation²²¹. Or, il est difficile d'évaluer l'impact concret de telles mesures sur la santé mentale des citoyens ou des usagers du réseau de la santé.

Par ailleurs, la plus récente *Évaluation de la mise en œuvre* du Programme national de santé publique, publiée en mars 2019 par l'INSPQ²²², permet de constater que la réorganisation du réseau de la santé, effectuée en 2014 a impacté différemment les divers programmes chapeautés par les acteurs de santé publique, certains positivement (comme le développement des communautés, la réduction des inégalités de santé, etc.), d'autres négativement (comme les SIPPE ou les activités de promotion et

²¹⁹ *Id.*, p. 1 et 2

²²⁰ DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MSSS, préc. note 206, p. 39-41 et 46

²²¹ *Id.*

²²² INSPQ, *Évaluation de la mise en œuvre du Programme national de santé publique 2015-2025 - Analyse de l'impact des nouveaux mécanismes de gouvernance*, Québec, 2019, en ligne : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2552_evaluation_gouvernance_programme_national_sante_publicque_2015_2025.pdf>

prévention en milieux scolaires)²²³. De manière générale, des failles ont été notées au regard de l'exercice, par les Directeurs régionaux de santé publique, de l'autorité fonctionnelle leur étant confiée par le biais de la loi. De plus, les requêtes au regard de l'optimisation des ressources ont également mené à une perte d'expertise au sein des équipes-conseils sensés accompagner les différents CISSS dans leurs tâches relatives à la santé publique²²⁴.

La révision des objectifs gouvernementaux en matière de santé mentale, énoncés au sein des mêmes outils normatifs qui en régissent l'application, ne sont pas enchâssés au sein de normes juridiques strictes. En conséquence, les décideurs publics et les instances politiques bénéficient d'une large marge de manœuvre dans la concrétisation, ou non, des objectifs qui y figurent, tout comme ils sont libres de déterminer ou de modifier les moyens mis en œuvre pour leur réalisation.

La majorité des objectifs et cibles en matière de santé publique étant énumérée dans des documents non contraignants et hautement politiques, ils demeurent de l'ordre du « droit souple », contrairement à d'autres obligations plus rigoureuses de l'État que sont par exemple l'exigence d'élaborer des plans stratégiques en matière de santé et de services sociaux²²⁵ ou en matière de santé publique²²⁶, ou encore de prodiguer des soins d'urgence aux usagers qui le requièrent²²⁷. En soi, l'absence de normes contraignantes peut constituer un certain « frein normatif » à la réalisation des idéaux

²²³ Katia GAGNON et Caroline TOUZIN, « La santé publique frappée de plein fouet », La Presse+, 17 septembre 2019, en ligne : <http://plus.lapresse.ca/screens/28e93910-5952-4458-b81c-915a13d9692f__7C__0.html>

²²⁴ *Id.*, p. 1

²²⁵ *Supra*, p. 21

²²⁶ *Supra*, p. 45 et 46

²²⁷ Art. 7 LSSSS

gouvernementaux relatifs à la santé publique, notamment puisqu'ils ne font pas l'objet d'un rigoureux processus de reddition de compte.

Notons que la LSP prévoit l'obligation, pour le ministre et les CISSS, d'inclure à leurs programmes nationaux et régionaux de santé publique des « mécanismes de reddition de compte et un cadre d'évaluation des résultats »²²⁸. Or, le plus récent *Rapport annuel de gestion* du MSSS ne fait aucunement mention du *Programme national de santé publique*, du *Plan d'action en santé mentale* ou de la *Politique gouvernementale en matière de prévention en santé*. En effet, ne sont évaluées que les cibles fixées au sein du *Plan stratégique du MSSS 2015-2020*, du *Plan d'action de développement durable 2016-2020* et de la *Déclaration de services aux citoyens*²²⁹.

En somme, bien que le cadre normatif entourant la santé publique puisse être généralement favorable à la mise en place de politiques efficaces en matière de promotion de la santé et de prévention des troubles de la santé mentale, il n'en demeure pas moins que ces outils normatifs peuvent être plus aisément modifiés, abrogés ou mis de côté, en fonction de l'évolution de la situation socio-économique québécoise. Néanmoins, comme tous les ministères sont invités à tenir compte des impacts potentiels sur la santé globale des citoyens lors de l'élaboration de tout nouveau programme ou dans la mise en œuvre de mesures déjà existantes, il demeure improbable que ces ambitions disparaissent subitement des projets sociétaux québécois.

De plus, notons qu'au point de vue des ressources humaines et matérielles consacrées à la réalisation des objectifs ci-dessus mentionnés, la *Fédération des médecins*

²²⁸ Art. 16 LSP

²²⁹ DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MSSS, préc. note 214

spécialistes du Québec rappelait en 2016 qu'en raison de contraintes budgétaires, l'État a réduit de 30 % les budgets alloués aux initiatives relevant de la Santé publique, nuisant ainsi à la mise en œuvre d'activités visant la prévention de certaines pathologies²³⁰. En 2018-2019, le budget de fonctionnement de la Santé publique s'établissait ainsi à 427.6 millions de dollars, sur les près de 22 milliards alloués à l'ensemble des dépenses en matière de santé²³¹. À titre comparatif, les soins en santé physique accaparaient 8 791.7 millions de dollars du budget global et les soins dédiés à la santé mentale au sein du réseau, 1 307.8 millions de dollars²³². Il nous apparaît donc que l'un des principaux freins à la réalisation des ambitieuses cibles gouvernementales en matière de santé publique est le fruit d'un manque de ressources, tant humaines que matérielles, et non d'un frein normatif.

²³⁰ FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC, préc. note 124, p. 19,

²³¹ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, préc. note 158, p. 7

²³² *Id.*

CONCLUSION

Bien que l'État exprime le souhait d'accorder à la santé mentale de sa population une attention particulière, l'analyse du cadre normatif entourant la prestation de soins de santé en cette matière nous laisse croire que ce dernier est parfois favorable à cette entreprise, mais parfois aussi source de freins. En effet, il apparaît que la souplesse accordée aux décideurs publics, notamment dans le choix des priorités gouvernementales et des moyens pour arriver aux cibles énoncées, fait douter de la possibilité de réaliser pleinement les ambitions exprimées dans les plus récentes parutions gouvernementales, à savoir : des soins et services variés, prodigués en temps utile et dont plusieurs visent une action en amont afin de prévenir la survenance de troubles mentaux.

Tout d'abord, la LSSSS a une influence relativement neutre quant à l'atteinte des objectifs identifiés par le ministre en matière de variété de soins. La mission de la LSSSS, énoncée de manière générale, permet, sans toutefois forcer, l'inclusion d'une multitude de soins variés. Toutefois, le vaste pouvoir discrétionnaire laissé au ministre au sein du réseau de la santé, ainsi que la révision de ses plus récents plans stratégiques, ne laissent pas entrevoir la mise en place de nouveaux types de soins que ceux qui sont déjà inclus, lesquels sont généralement curatifs. Nous avons également vu que les ressources en matière de soins en santé mentale, en raison de leur caractère limité, sont principalement dédiées aux soins curatifs de première ligne ainsi qu'aux soins prodigués par des médecins, à l'intention d'une clientèle présentant déjà des troubles d'intensité modérée ou grave. L'inclusion du critère de « soins médicalement requis » au corpus législatif québécois, découlant probablement lui-même de l'influence de la *Loi canadienne sur la santé*, vient limiter d'autant plus une réelle diversification de soins en matière de santé mentale.

En revanche, la LSSSS soutient les cibles gouvernementales en matière de délai de prise en charge, notamment via l'obligation imposée aux CISSS de mettre en place des corridors de services dédiés et efficace, ce qui peut également être effectué par le ministre en cas de défaut. Toutefois, la procédure mise en place pour accéder aux services de santé mentale (le GASM), en exigeant de multiples évaluations d'une même condition par différents intervenants, constitue un frein à une prise en charge rapide et efficace. De plus, nous avons relevé qu'un manque criant de ressources professionnelles formées et compétentes au sein du réseau public constitue le frein principal à l'atteinte des cibles identifiées par le ministre. Plus spécifiquement, précisons qu'en 2015-2016, le Québec consacrait environ 6% de l'ensemble de ses dépenses en matière de santé à la santé mentale²³³.

Enfin, en matière d'interventions de santé publique dédiées à la santé mentale, nous avons constaté que celles-ci étaient énoncées dans de multiples outils normatifs et que plusieurs se recoupaient, leur mise en œuvre étant mise entre les mains de multiples décideurs. Bien que louables, les objectifs identifiés par le ministre de la santé demeurent soit flous ou non assujettis à des procédures claires de reddition de compte. Par ailleurs, encore ici, il ressort qu'un manque de ressources humaines et matérielles, découlant de contraintes budgétaires ainsi que de la plus récente réorganisation du réseau public de santé, constitue l'obstacle prépondérant à la réalisation des cibles en cette matière.

En l'absence d'un environnement normatif astreignant, il ressort qu'une forte et inflexible volonté politique, appuyée par l'opinion publique, est nécessaire pour atteindre les objectifs fixés par le gouvernement québécois. Or :

²³³ INESSS, préc. note 7, p. 3

[L]a santé mentale n'est pas considérée par les décideurs comme un domaine prioritaire de santé publique. La concentration des ressources dans les grands établissements psychiatriques ainsi que dans les grandes villes et les banlieues, la difficulté d'intégrer efficacement les soins de santé mentale dans les soins de santé primaires, le manque de professionnels de la santé formés et supervisés dans le domaine de la santé mentale ainsi que le manque d'initiatives de santé publique efficaces en matière de santé mentale sont des facteurs explicatifs qui ont également été mis en évidence par l'OMS [pour expliquer la difficulté d'accès aux services psychologiques]²³⁴.

Dans tous les cas, notons que la province du Québec n'est pas la seule à être aux prises avec des taux de plus en plus alarmants de détresse mentale et qu'elle pourrait en conséquence bénéficier de l'expertise et de l'expérience des autres pays occidentaux en matière de santé mentale pour élaborer des programmes dont l'efficacité et la pertinence ont été démontrés²³⁵.

²³⁴ *Id.*, p. 6

²³⁵ Voir à ce sujet les expériences encourageantes des programmes anglais et australiens, détaillées dans le rapport de l'INESSS (préc. note 7, p. 13 et suiv.)

BIBLIOGRAPHIE

LÉGISLATION

Loi canadienne sur la santé, L.R.C. 1985, c. C-6

Loi constitutionnelle de 1867, 30 & 31 Vict., c. 3 (R.-U.)

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, RLRQ c O-7.2

Loi sur la protection de la jeunesse, RLRQ c. P-34.1

Loi sur la santé publique, RLRQ c. S-2.2

Loi sur l'assurance maladie, RLRQ c. A-29

Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ c. S-4

Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, RLRQ c. A-29, r. 5

Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation, RLRQ c. A-28, r. 1

JURISPRUDENCE

Auton (Tutrice à l'instance de) c. Colombie-Britannique (Procureur Général), 2004 CSC 78

DOCTRINE

Monographies et ouvrages collectifs

BARALDI, R., K. JOUBERT et M. BORDELAU, *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois: résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale 2012 : portrait chiffré*, Montréal, Institut de la statistique du Québec, 2015, en ligne : <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/portrait-sante-mentale.pdf> (consulté le 1 juillet 2020)

CHAMPAGNE, F., A.-P. CONTANDRIOPOULOS, G. STE-MARIE et É. CHARTRAND, *L'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux au Québec*, Montréal, Université de Montréal, 2018, en ligne :

<[http://www.irspum.umontreal.ca/Portals/0/Atlas_accessibilite%CC%81\(reduit\).pd](http://www.irspum.umontreal.ca/Portals/0/Atlas_accessibilite%CC%81(reduit).pd)>
(consulté le 3 février 2019)

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC, *Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services médicaux assurés*, 1995, en ligne :

<https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilMedical/Avis/1995_04_av_fr.pdf> (consulté le 1 février 2020)

FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC, *Consultation sur le panier de services assurés en santé et en services sociaux*, Montréal, 2016, en ligne :

<<https://www.fmsq.org/documents/10275/13957/memoirePanierServices.pdf>>
(consulté le 1 février 2020)

HANCOCK, T., *Agir Localement - Promotion de la santé de la population*, Victoria, 2009, en ligne :

<<https://sencanada.ca/Content/SEN/Committee/402/popu/rep/appendixBjun09-f.pdf>> (consulté le 3 février 2019)

REGROUPEMENT PROVINCIAL DES COMITÉS DES USAGERS, *Du rêve à la réalité - Qu'entend-on par panier de services assurés en santé et en services sociaux?*, Montréal, 2016, en ligne :

<https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/PanierServices_Memoires_Recus/RPCU.PDF> (consulté le 1 février 2020)

TOWERS WATSON, *Parcours vers la santé et la productivité : Résultats du sondage Au travail! 2011-2012 (Amérique du Nord)*, 2012, New York, en ligne :

<<https://www.towerswatson.com/fr-CA/Insights/IC-Types/Survey-Research-Results/2012/06/Resultats-du-sondage-Au-travail-2011-2012?webSyncID=00c52390-ab0e-ae6c-e5c4-17b1567e48e8&sessionGUID=6d691e68-c23e-a7e8-ab24-04e7041696ba>> (consulté le 20 février 2019)

Articles de revues et études d'ouvrages collectifs

BUTLER, M. et M. TIEDEMANN, « Le rôle fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé », *En Bref - Bibliothèque du Parlement*, Ottawa, 2013.2011-91-F.11, en ligne :

<<https://bdp.parl.ca/staticfiles/PublicWebsite/Home/ResearchPublications/InBriefs/PDF/2011-91-f.pdf>> (consulté le 15 septembre 2020)

MANTOURA, P., « Cadre de référence pour des politiques publiques favorables à la santé mentale », Montréal, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2014, en ligne :

<http://www.ccnpps.ca/551/publications.ccnpps?id_article=1200> (consulté le 2 février 2019)

———, « Définir un cadre de référence sur la santé mentale des populations à l'intention de la santé publique », Montréal, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2014, en ligne :

<http://www.ccnpps.ca/551/publications.ccnpps?id_article=1269> (consulté le 15 septembre 2020)

———, « Santé mentale des populations au Canada : un aperçu du contexte, des parties prenantes et des initiatives au soutien des actions en santé publique », Montréal, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2017, en ligne : <http://www.ccnpps.ca/551/publications.ccnpps?id_article=1651> (consulté le 15 septembre 2020)

MORESTIN, F., « Un cadre d'analyse de politique publique : guide pratique », Montréal, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2012, en ligne :

<http://www.ccnpps.ca/docs/Guide_cadre_d'analyse_politiques_Fr.pdf> (consulté le 15 septembre 2020)

Rapports d'organismes publics ou para-publics

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, « La santé mentale de la population canadienne : une analyse exhaustive », (1999) 20-3-2000, en ligne :

<<http://drnatachajoubert.com/documents/Lasantementaledescanadiens.pdf>> (consulté le 30 juin 2017)

———, *Les troubles anxieux et de l'humeur au Canada : points saillants de l'enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada*, Ottawa, 2014, en ligne : <<https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/healthy-canadians/publications/diseases-conditions-maladies-affections/mental-mood-anxiety-anxieux-humeur/alt/mental-mood-anxiety-anxieux-humeur-fra.pdf>> (consulté le 15 septembre 2020)

———, *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies mentales aux Canada*, Ottawa, 2015, en ligne :

<<http://deslibris.ca/ID/10046889>> (consulté le 2 février 2019)

CISSS MONTÉRÉGIE, « Santé mentale 1re ligne - Guichet d'accès santé mentale », *Portail Santé Montérégie* (30 juin 2020), en ligne :

<<https://santemonteregie.qc.ca/ouest/sante-mentale-1re-ligne-guichet-dacces-sante-mentale>> (consulté le 30 juin 2020)

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA, *Changer les orientations, changer des vies: stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*, Calgary, 2012, en ligne : <<http://www.deslibris.ca/ID/232694>> (consulté le 2 février 2019)

———, *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*, Calgary, 2012, en ligne : <<https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-03/la%20nesessite%20dinvestir%20dans%20la%20sante%20mentale%20au%20canada.pdf>> (consulté le 2 février 2019)

———, *The life and economic impact of major mental illnesses in Canada*, Calgary, 2011, en ligne : <https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_Report_Base_Case_FINAL_ENG_0_0.pdf> (consulté le 2 février 2019)

DIRECTION DE LA SANTÉ MENTALE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*, Québec, 2015, en ligne : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>> (consulté le 3 février 2019)

DIRECTION DE LA VALORISATION SCIENTIFIQUE, DES COMMUNICATIONS ET DE LA PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan stratégique 2019-2023 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, 2019, en ligne : <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_19-717-02W_MSSS.pdf> (consulté le 15 septembre 2020)

DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS*, Québec, 2008, en ligne : <<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-914-08.pdf>> (consulté le 13 septembre 2020)

———, *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité - Cadre de référence*, Québec, 2019, en ligne : <<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-836-02W.pdf>> (consulté le 4 novembre 2019)

———, *Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS*, Québec, 2011, en ligne : <<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-914-01F.pdf>> (consulté le 15 septembre 2020)

———, *Plan d'action interministériel 2017-2021 de la Politique gouvernementale de prévention en santé*, Québec, 2018, en ligne :

<<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-297-02W.pdf>> (consulté le 3 février 2019)

———, *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020 - Mise à jour 2017*, Québec, 2017, en ligne :

<https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_17-717-01W_MSSS.pdf> (consulté le 15 septembre 2020)

———, *Politique gouvernementale de prévention en santé*, Québec, 2016, en ligne :

<<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-297-08W.pdf>> (consulté le 3 février 2019)

———, *Programme national de santé publique – 2015-2025*, Québec, 2015, en

ligne : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>> (consulté le 3 février 2019)

———, *Rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux 2018-2019*, Québec, 2019, en ligne :

<https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/rapport-annuel-de-gestion/RA_19-102-01W_MSSS.pdf> (consulté le 15 septembre 2020)

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE, *Plan d'action régional de santé publique 2016-2020*, Longueuil, 2016, en ligne :

<<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3858/PAR-VF.pdf>> (consulté le 15 septembre 2020)

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Budget 2018-2019. Santé : des services de santé accessibles et de qualité*, Québec, 2018, en ligne :

<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2018-2019/fr/documents/Sante_1819.pdf> (consulté le 10 août 2020)

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Reconnaître et explorer la santé mentale positive - Dialogue sur les politiques : synthèse et analyse*, Ottawa, 2011, en

ligne : <http://publications.gc.ca/collections/collection_2013/icis-cihi/H118-85-2011-fra.pdf> (consulté le 3 février 2019)

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec*, Québec, 2018, en ligne :

<https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Acces-equitable-psychotherapie.pdf> (consulté le 13 février 2019)

———, *Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie - Volet 1*, Québec, 2015, en ligne : <<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2471658>> (consulté le 3 février 2019)

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Évaluation de la mise en œuvre du Programme national de santé publique 2015-2025 - Analyse de l'impact des nouveaux mécanismes de gouvernance*, Québec, 2019, en ligne : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2552_evaluation_gouvernance_programme_national_sante_publique_2015_2025.pdf> (consulté le 25 novembre 2019)

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS, *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Montréal, 2008, en ligne : <<http://www.deslibris.ca/ID/213872>> (consulté le 3 février 2019)

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT, *Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*, Québec, 2005, en ligne : <http://ecoleensante.inspq.qc.ca/Data/Sites/1/SharedFiles/EcoleEnSante_Guide.pdf> (consulté le 4 novembre 2019)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: la force des liens*, Québec, 2005, en ligne : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>> (consulté le 15 septembre 2020)

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Investing in Mental Health: Evidence for Action*, Switzerland, 2013, en ligne : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf;jsessionid=51828AC978B0AFD94C5581D9C174FF81?sequence=1> (consulté le 2 février 2019)

ARTICLES DE JOURNAUX

AMIRALI, E. L., « Santé mentale des mineurs : des besoins criants », *La Presse+*, 15 mai 2019, en ligne : <http://plus.lapresse.ca/screens/5922060b-4974-4833-8c11-0edcf34077f3__7C__0.html> (consulté le 27 novembre 2019)

BERNHEIM, E. et P. PARISEAU-LEGAULT, « Pour une commission d'enquête sur les soins en santé mentale », *Le Devoir*, 3 décembre 2019, en ligne :

<<https://www.ledevoir.com/opinion/idees/568290/societe-pour-une-commission-d-enquete-sur-les-soins-en-sante-mentale>> (consulté le 3 décembre 2019)

CARDINAL, F., « Il faut qu'on parle de santé mentale », *La Presse+*, 5 janvier 2019, en ligne : <http://plus.lapresse.ca/screens/8360e998-2faf-4699-a7bb-12982c6c854e__7C__0.html> (consulté le 3 février 2019)

DUCHAINÉ, G., « En détresse à l'hôpital, puis laissés à eux-mêmes », *La Presse*, 15 novembre 2019, en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201911/14/01-5249771-en-detresse-a-lhopital-puis-lairesses-a-eux-memes.php>> (consulté le 3 décembre 2019)

———, « Santé mentale: "Ça va prendre combien d'histoires d'horreur?" », *La Presse*, 28 novembre 2019, en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201911/27/01-5251499-sante-mentale-ca-va-prendre-combien-dhistoires-dhorreur.php>> (consulté le 3 décembre 2019)

ELKOURI, R., « Parlons-en », *La Presse+*, 27 janvier 2019, en ligne : <http://plus.lapresse.ca/screens/943920b9-f343-4199-951a-a5bb27c52c5c__7C__0.html> (consulté le 3 février 2019)

GAGNON, K. et C. TOUZIN, « La santé publique frappée de plein fouet », *La Presse+*, 17 septembre 2019, en ligne : <http://plus.lapresse.ca/screens/28e93910-5952-4458-b81c-915a13d9692f__7C__0.html> (consulté le 15 septembre 2020)

LACOURSIÈRE, A., « L'attente explose dans l'est de Montréal », *La Presse*, 19 février 2019, en ligne : <http://plus.lapresse.ca/screens/1532102e-ddc9-4dda-b729-fc961d16b71e__7C__0.html?utm_medium=Email&utm_campaign=Internal+Share&utm_content=Screen> (consulté le 27 novembre 2019)

LAGACÉ, P., « Trois brochures et une pilule », *La Presse*, 31 octobre 2018, en ligne : <<https://www.lapresse.ca/debats/chroniques/patrick-lagace/201810/30/01-5202359-trois-brochures-et-une-pilule.php>> (consulté le 27 novembre 2019)

———, « Comme un océan fou », *La Presse*, 15 novembre 2018, en ligne : <<https://www.lapresse.ca/debats/chroniques/patrick-lagace/201811/14/01-5204250-comme-un-ocean-fou.php>> (consulté le 27 novembre 2019)

———, « Il faudrait être en ta... », *La Presse*, 16 avril 2019, en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/201904/15/01-5222351-il-faudrait-etre-en-ta.php>> (consulté le 27 novembre 2019)

MERCIER, J., « Décès après des mois d'attente pour un rendez-vous », *Le Droit*, 19 octobre 2018, en ligne : <<https://www.lenouvelliste.ca/actualites/le-fil-groupe-capitales-medias/deces-apres-des-mois-dattente-pour-un-rendez-vous-6bcc613787d78a61a3fcd10fa7207626>> (consulté le 27 novembre 2019)

OUMET SAVARD, T., « Une commission parlementaire, ça presse ! », *La Presse+*, 27 janvier 2019, en ligne : <http://plus.lapresse.ca/screens/2cd1dab7-fb5f-4507-8618-acfe5d13bdb1__7C__0.html?utm_medium=Email&utm_campaign=Internal+Share&utm_content=Screen> (consulté le 3 février 2019)

PILON-LAROSE, H., « Santé mentale: Québec ouvert à une commission d'enquête spéciale », *La Presse*, 28 novembre 2019, en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/politique/201911/28/01-5251559-sante-mentale-quebec-ouvert-a-une-commission-denquete-speciale.php>> (consulté le 3 décembre 2019)

SIMARD, G., « La santé mentale: une priorité nationale », *Le Soleil*, 28 janvier 2019, en ligne : <<https://www.lesoleil.com/opinions/point-de-vue/la-sante-mentale-une-priorite-nationale-7edc36c587cae3f2e748813199362050>> (consulté le 3 février 2019)