



Ordre
des psychologues
du Québec

AVIS
PRÉSENTÉ PAR
L'ORDRE DES
PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC

dans le cadre
de la consultation sur le

Plan d'action
en
santé mentale

2005-2008

Février 2005

Table des matières

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX	4
L'abolition de la sectorisation : vers le libre choix	4
Le guichet unique	5
La réponse téléphonique	5
L'approche bio-psycho-sociale	6
La hiérarchisation des services	6
À propos de la première ligne	7
Les psychologues en première ligne	7
L'école et la première ligne	8
Des ressources suffisantes	8
La formation	9
L'illusion de l'interchangeabilité des intervenants	10
 CONDITIONS DE RÉUSSITE OU MOYENS À PRENDRE	 11
L'engagement de tous les intervenants sur le terrain	11
L'utilisation du guichet unique	11
L'objectif de créer un service téléphonique efficace	12
Afin de désengorger les cabinets des omnipraticiens	12
Afin de maximiser l'utilisation du tandem médecin-psychologue	13
Franchir des étapes	13
Des mesures concrètes assurant la prise en charge et l'imputabilité	13
Des services adéquats et efficaces	13
Afin de répondre aux besoins spécifiques des jeunes en santé mentale	14
Afin de maximiser les ressources humaines	14

LE RYTHME DES CHANGEMENTS	14
CONCLUSION	15

Nous tenons à remercier la Direction générale des services de santé et de médecine universitaire de l'opportunité qu'elle nous donne de réagir au plan d'action en santé mentale qu'elle propose. Nous croyons qu'il est de notre devoir d'y apporter notre contribution, puisque ce qu'on y propose est en lien direct avec l'expertise de nos membres et que notre mission est de protéger le public, à qui s'adresse le plan d'action, notamment en veillant à la compétence des psychologues.

Le plan d'action souligne la collaboration fructueuse des psychologues et des omnipraticiens en santé mentale. Voici donc quelques chiffres qui nous apparaissent éloquentes, dans la mesure où l'on cherche à mobiliser les meilleures ressources disponibles : l'Ordre des psychologues du Québec compte dans ses rangs près de 7700 membres dont 5900 sont des cliniciens formés et dédiés à la santé mentale. Parmi ces derniers, environ 2200 offrent des services à temps plein ou à temps partiel dans le réseau public de santé, alors qu'un peu plus de 4200 offrent des services en pratique privée, que ce soit à temps partiel ou à temps plein.

Nous allons, dans ce qui suit, répondre directement à l'invitation faite de vous faire d'abord état de commentaires généraux, pour ensuite aborder les conditions de réussite et finir sur la question du rythme à donner aux changements.

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

L'abolition de la sectorisation : vers le libre choix

Il s'agit là d'une avancée, puisque la sectorisation contribuait à entretenir la frustration du public qui ne pouvait librement choisir où et par qui il était traité, comme il le fait en santé physique, et à retarder sinon empêcher la prise en charge. Dorénavant, le public serait mieux guidé et mieux soutenu dans sa recherche de services.

Les établissements du réseau public réfèrent de plus en plus souvent leur clientèle aux psychologues oeuvrant en pratique privée, par le biais du service de référence de l'Ordre des psychologues. Ce dernier reçoit également les demandes de personnes incapables de défrayer les coûts/ des services en pratique privée, puisqu'ils ne sont pas remboursés par l'État. C'est donc dire qu'en ce qui concerne les services psychologiques, services constituant pourtant une part importante des traitements en santé mentale, les objectifs d'accessibilité universelle du projet clinique qu'on nous présente ne sont pas encore atteints.

Le guichet unique

L'idée du guichet unique nous apparaît excellente dans la mesure où :

- il permettra au public de savoir clairement où s'adresser pour recevoir des services en santé mentale et améliorera l'accessibilité à ces services;
- il permettra en partie de résoudre le problème des portes tournantes;
- il permettra de prendre la véritable mesure des besoins du public en rapport avec les services disponibles en santé mentale et de faire les ajustements nécessaires.

Il comporte cependant certains risques et nous pourrions craindre les effets suivants :

- nouveau goulot d'étranglement si tous ont l'obligation d'y faire passer chaque usager en demande de services;
- même attente si ce guichet unique ne donne pas accès aux services attendus, en raison, notamment, d'un manque de ressources;
- dédoublement des services d'évaluation dans le cas où l'usager aurait eu un premier contact ailleurs;
- atteinte au libre choix du public et nouvelle sectorisation si on impose à la clientèle la ressource disponible localement et non celle dont elle a besoin.

La réponse téléphonique

Tel qu'il existe actuellement, le service Info-Santé est assumé par des infirmières et voit à informer et à orienter la clientèle. Comme le public recourt également à ce service pour des problèmes de santé mentale, un projet-pilote de service téléphonique a été mis sur pied pour répondre aux demandes à caractère psychosocial. Ce projet-pilote est à bâtir des protocoles d'intervention téléphonique rattachés à diverses problématiques dont plusieurs touchent la santé, pour ne pas dire la maladie mentale. Le plan d'action fait état d'une gamme de services de crise intégrés, incluant un service d'intervention téléphonique 24/7. Si on a pensé à un guichet unique pour recevoir la clientèle, on risque cependant de se retrouver devant plusieurs services téléphoniques et le public ne saura plus à qui s'adresser.

Par ailleurs, le mandat d'informer et celui d'intervenir ne sont pas les mêmes et ils reposent sur des compétences différentes. Le plan d'action ne dit pas sur quel professionnel on comptera pour offrir ces services téléphoniques. Si le critère d'Info-Santé est de recourir à des infirmières bachelières qu'on voit ensuite à qualifier expressément pour ce service, nous croyons qu'il faut appliquer des cri-

tères tout aussi rigoureux dans le choix des intervenants pour l'intervention téléphonique en santé mentale, critères relevant de la formation professionnelle requise et non seulement de la formation d'appoint.

L'approche bio-psycho-sociale

Cette approche soutient l'importance d'offrir des services de santé mentale tenant compte de la globalité de la personne. Il faut souligner que le bio-psycho-social ne constitue pas une entité en soi, détachée de ses composantes. Ce concept réfère à trois volets distincts et complémentaires que tous les intervenants en santé ont à considérer dans leurs interventions et ce, dans les limites de leurs compétences respectives. On ne peut préconiser une approche bio-psycho-sociale alors que l'on ferait l'économie de l'une de ses composantes. Tous les intervenants n'ont pas la même expertise et chacun, de par la formation initiale qu'il a reçue, porte un volet plus qu'un autre. Or, nous relevons actuellement la faible présence des psychologues dans les établissements de santé.

Dans la perspective de mieux faire comprendre le rôle du psychologue dans l'approche bio-psycho-sociale, nous joignons à ce document le *Cadre de pratique des psychologues exerçant en première ligne – mission CLSC*. Nous croyons que cela pourra servir de balise dans un contexte de questionnement et de changement.

La hiérarchisation des services

Il nous apparaît opportun de penser à une distribution de services qui soit hiérarchisée. Ainsi on retrouve trois niveaux qui, s'ils sont bien définis, permettront à tous de bien s'y retrouver, de bien comprendre leur mandat respectif et d'établir des relations complémentaires avec les collègues. Ce que la hiérarchisation propose, c'est un modèle d'articulation des services. Il est important que cela n'implique pas de rapports d'emprise ou d'autorité d'un niveau sur l'autre. Nous y voyons plutôt une obligation de créer un partenariat tel que chacun devra compléter l'autre comme dispensateur de service et collaborer pour offrir une réponse adaptée aux besoins de la clientèle. La collégialité, le souci de complémentarité et le respect pour l'expertise des autres doivent primer sur la compétition et la recherche de pouvoir.

De la même façon, nous ne concevons pas que l'enseignement soit fait « par le haut vers le bas ». L'enseignement doit se retrouver à tous les niveaux de service et tenir compte des caractéristiques propres à chacun de ces niveaux. Un bon spécialiste n'est pas un bon généraliste et vice-versa.

À propos de la première ligne

Bien que le plan d'action en santé mentale ait été produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux, nous croyons que, si l'on veut agir en amont, la conception même de la première ligne doit aller au-delà du seul réseau de la santé et englober le réseau communautaire, le réseau des garderies, le réseau de l'éducation et le réseau privé. On retrouve en effet dans chacun de ces milieux des intervenants importants en matière de santé mentale, des intervenants qui sont directement engagés dans la vie quotidienne de ceux qui ont déjà consulté ou qui consulteront pour obtenir des services en santé mentale.

Les psychologues en première ligne

On retient de la première ligne qu'elle est la porte d'entrée et le niveau d'ancrage de l'accès aux services pour la clientèle. Néanmoins, le tableau schématique présenté en page 38 du plan d'action situe certains intervenants dans la communauté, ce qui ferait de celle-ci une avant-première ligne. Faut-il comprendre que les omnipraticiens en cabinet privé, par exemple, et les GMF constituent cette avant-première ligne ou alors, qu'ils sont partie intégrante de la première ligne ? Se réfère-t-on dans ce tableau à un amont et un aval de la première ligne ?

Le plan d'action considère que les psychologues ont à jouer un rôle de première importance en santé mentale. A juste titre, puisque qu'ils sont des spécialistes de l'évaluation psychologique, laquelle est primordiale en santé mentale. Il est utile, à cet effet, de rappeler que ce sont des psychologues et des psychiatres qui ont mis au point le DSM, outil de plus en plus incontournable en santé mentale.

Or, les psychologues peuvent difficilement jouer pleinement leur rôle dans le réseau public de santé. Ils sont cependant nombreux (et significatifs) à offrir des services psychologiques en cabinet privé. Il n'en est pas fait mention dans le plan d'action alors que le public a abondamment recours à leurs services lorsque, bien sûr, il en a les moyens. Un plan d'action visant l'amélioration des services en santé mentale doit nécessairement considérer la contribution et l'apport des psychologues offrant des services privés.

En regard du principe d'accessibilité universelle des services, nous ne pouvons que constater l'iniquité en ce qui concerne les services psychologiques :

- ceux qui ne peuvent, faute de moyens financiers ou d'assurances privées, s'adresser aux psychologues en pratique privée, n'ont souvent pas accès aux services psychologiques, lesquels sont difficilement accessibles dans le secteur public;

- certains services sont remboursés par l'État, notamment par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), le Fonds d'indemnisation aux victimes d'actes criminels (IVAC) ou la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), alors que d'autres ne le sont pas. Ainsi, comment justifier, par exemple, qu'une personne dépressive à la suite d'un accident de voiture ait droit à des services psychologiques remboursés par l'État, alors qu'une autre également en proie à la dépression, mais à la suite du décès de son enfant, n'y ait pas droit?

L'école et la première ligne

Le souci de la première ligne est d'offrir des services qui soient le plus près possible des milieux de vie de la clientèle. En regard de la clientèle jeunesse, nous croyons qu'un plan d'action en santé mentale ne saurait faire abstraction des centres de petite enfance et de l'école et qu'il faut y faire porter nos efforts de prévention et de dépistage. En effet, c'est souvent là que se manifestent les premières difficultés de l'enfant et c'est là aussi qu'il peut être le plus opportun d'agir.

Les psychologues scolaires, au nombre d'environ 1100 à temps plein ou à temps partiel, sont parmi les premiers à intervenir auprès des jeunes dont la santé mentale est compromise. Rappelons, dans ce contexte, que la mission éducative du ministère de l'Éducation est : instruire, socialiser et qualifier. Le second volet, socialiser, engage particulièrement les psychologues qui ont à outiller les jeunes en difficulté sur ce plan. Par ailleurs, il est clair que lorsqu'ils soutiennent un jeune dans son parcours scolaire, ils contribuent à améliorer sa santé mentale. Néanmoins, ils sont également peu nombreux dans les écoles, ne suffisent pas toujours à la tâche et ne peuvent se substituer aux psychologues dont le mandat de première ligne est plus directement relié à la santé mentale. Il y a quelques années, les psychologues scolaires pouvaient référer aux psychologues en CLSC pour que les jeunes en difficulté obtiennent des services en santé mentale. Maintenant, la tendance serait plutôt inverse, mais les ressources dans les écoles sont tout aussi rares et elles sont consacrées au projet éducatif.

Des ressources suffisantes

L' Association des CLSC et CHSLD du Québec (ACCQ) et des partenaires, dans un colloque tenu en octobre 2004 (*Pour faire équipe en santé mentale*) soutenaient que : « ...les modifications à l'organisation et aux modes de pratique ne compenseront pas, à elles seules, le manque de ressources et, conséquemment, demandent à l'actuel gouvernement de mettre en place les services requis pour répon-

dre aux besoins des jeunes et de leurs familles ainsi que les conditions facilitantes pour la mise en réseau. »

Nous sommes d'accord avec ce point de vue et ce, pour l'ensemble des services en santé mentale. Nous croyons que de ne pas allouer les ressources nécessaires contribuera à démobiler les intervenants et à niveler par le bas la qualité des services offerts.

Le plan d'action fait état de ratios mais il est difficile pour un non-initié de bien saisir leur signification. Nous aurions besoin d'être éclairés et rassurés, particulièrement quant à l'impact de la création des CSSS sur le mouvement de personnel, la restructuration et la création de postes. Par exemple, si deux CLSC se constituent en CSSS et qu'un seul d'entre eux avait une équipe en santé mentale, est-ce qu'on considérerait que l'objectif d'offrir en première ligne des services en santé mentale dans ce CSSS est atteint? Les fusions d'établissement créeront-elles des mouvements de résistance chez les intervenants dans la mesure où on s'apprêterait à dépouiller la 2^{ième} ligne pour nantir la 1^{ière} ou l'inverse? Les intervenants pourront-ils se sentir utilisés à leur juste mesure? Pourront-ils comprendre et s'approprier les objectifs et les moyens d'un tel plan d'action? La communication avec la base prend ici toute son importance.

La formation

Le plan d'action reconnaît aux psychologues leur expertise particulière en matière de santé mentale. Cette expertise tient à la formation initiale qu'ils ont reçue et qui porte sur les bases biologiques, cognitives, affectives, sociales, individuelles et comportementales, ainsi que sur l'évaluation, le diagnostic et l'intervention. Nous croyons que cela devrait placer les psychologues au cœur de la réorganisation des services en santé mentale.

Il est primordial que l'offre de services en santé mentale soit faite par des professionnels formés et compétents, en mesure d'ajuster leurs interventions non seulement aux demandes qui leur sont adressées, mais aussi en fonction des découvertes récentes et des données probantes. Il est alors important pour les différents intervenants de pouvoir échanger entre eux et apprendre des autres. Il faut toutefois distinguer la formation initiale et la formation continue. Alors que la première permet à chaque professionnel d'acquérir ce qui constituera le noyau dur de sa pratique, la seconde apportera des ajustements, des mises à jour ou des améliorations.

D'autre part, on pourrait désengorger les bureaux des omnipraticiens en orientant ailleurs la clientèle en besoin psychothérapeutique. Cela contribuerait à di-

minuer la pression exercée sur eux d'être à la fois des généralistes et des spécialistes en santé mentale, à défaut de pouvoir compter sur des psychiatres.

Ce serait irréaliste de chercher, par le biais de la formation continue, à habiller tout le monde, ou du moins tous les intervenants non médecins, à rendre les mêmes services en santé mentale. C'est une chose de vouloir minimiser l'impact du manque de ressources, c'en est une autre de croire que la formation continue permettra de remplacer un psychiatre ou un psychologue par n'importe qui d'autre. Il faut laisser à chacun l'exercice de son expertise propre. C'est à cette condition qu'on rehaussera la qualité des services en santé mentale.

En ce qui concerne la formation continue, elle peut se faire dans le cadre de consultation ou de supervision. Les psychologues peuvent y contribuer et l'objectif visé serait d'apporter aux partenaires de l'équipe multidisciplinaire, ou aux autres intervenants, un éclairage sur les aspects psychologiques ou psychopathologiques de la problématique, d'aider à préciser le diagnostic et l'orientation de la demande ou du suivi, ainsi qu'à élaborer un plan d'intervention qui tienne compte des particularités du client. Il s'agit donc d'amener les intervenants des autres disciplines à considérer la dimension psychologique dans leur intervention, non pas de les former à traiter la psychopathologie comme il est entendu que le psychologue le ferait. L'encadrement offert par le psychologue ne saurait se substituer à la formation initiale requise et, par le fait même, on ne saurait prétendre que le psychologue formerait ainsi des intervenants pouvant le remplacer dans l'exercice de son expertise.

L'illusion de l'interchangeabilité des intervenants

La question de la formation des intervenants du réseau soulève le risque de considérer que tous les professionnels peuvent être interchangeables et de donner ainsi l'illusion d'offrir au public les services appropriés

Le plan d'action fait nommément référence aux médecins et aux psychiatres alors que, dans l'ensemble, les autres partenaires sont désignés comme étant des intervenants en santé mentale. Bien sûr, parmi les défis à relever, il y a à compenser la pénurie de médecins et de psychiatres et on peut comprendre qu'on soit plus spécifique dans les propositions les concernant. On comprend également que, tant que les travaux de révision du système professionnel ne sont pas terminés, il devient difficile de prendre position en réservant un ou des rôles particuliers à un groupe donné de professionnels. Nous retenons tout de même que le plan prévoit que les soins soient partagés et qu'un des principes à la base de ce partage veut que les rôles et responsabilités de chacun soient clairs. Il reste du travail à faire de ce côté.

Le plan d'action est donc parfois ambigu sur la place des professionnels autres que les médecins. Ainsi, il est question de hiérarchisation des services **médicaux** (en page 16), de soins à partager entre omnipraticiens et psychiatres (en page 15), et nous avons l'impression que le recours aux autres est vu comme complémentaire ou accessoire, que la première préoccupation est de soutenir les médecins plutôt que d'assurer des services complets de santé mentale, et que la compétence ou l'expertise propre de chacun est peu considérée.

CONDITIONS DE RÉUSSITE OU LES MOYENS À PRENDRE

Le plan d'action en santé mentale fait peu état des moyens que le ministère entend prendre pour concrétiser ses orientations. Bien sûr, certaines conditions seraient favorables à la réussite de ce plan et notre réflexion nous amènera parfois plus loin, vers la proposition de moyens concrets.

L'engagement de tous les intervenants sur le terrain ne se fera que :

- si l'on tient compte du besoin d'appartenance de chacun;
- s'ils ont le sentiment qu'on les a entendus dans leurs besoins et qu'on fera avec eux et non malgré eux. Rappelons deux des principes énoncés en soutien aux soins partagés : l'établissement de relations de collaboration sur la base du respect mutuel et de la confiance; les contacts personnels et une communication régulière et claire;
- s'ils ont le sentiment d'être respectés pour ce qu'ils sont, pour ce qu'ils font et qu'ils font partie de la solution plutôt que du problème;
- s'ils sont rassurés quant à ce qui les attend;
- si l'on utilise leurs compétences et qu'on les mobilise à l'intérieur de leur champ de compétence;
- si l'on respecte leur rythme, leur laissant le temps d'intégrer le changement;
- si l'on leur donne le pouvoir qu'ils peuvent prendre (empowerment).

L'utilisation du guichet unique pourra être judicieuse :

- si l'on met sur pied un service d'évaluation compétent afin d'identifier la nature et l'ampleur des problèmes et d'orienter efficacement le public vers la bonne ressource;
- s'il n'est pas un incontournable en toutes circonstances pour la clientèle et les intervenants;
- si l'on permet des références directes d'un professionnel à un autre, d'un organisme à un autre, d'un établissement à un autre;

- si l'on recourt de façon judicieuse aux agents de liaison pour orienter la clientèle après une évaluation;
- si l'on n'y recommence pas les évaluations déjà faites et qu'on donne suite aux recommandations découlant de ces évaluations;
- s'il y a des équipes de santé mentale complètes et suffisantes en nombre et en qualité pour absorber le flot de la clientèle qui y passera, et ce tant au niveau de l'évaluation que du traitement.

L'objectif de créer un service téléphonique efficace demande au préalable de :

- bien définir les besoins et les objectifs;
- déterminer qui seront les intervenants compétents pour y répondre;
- éviter la multiplication de numéros de téléphone spécialisés, ce qui entraînerait la confusion;
- harmoniser les efforts et les travaux en cours (Info-Santé, Info-Psychosocial, etc.);
- tenir compte de ce qui se fait déjà dans la communauté et voir à ne pas dédoubler les services, (Tel-aide, Tel-jeune, Suicide-action...)
- créer un comité conjoint de tous les intervenants, organismes ou instances qui offrent des services téléphoniques de façon significative et s'inspirer de leur expertise voire, coordonner leurs actions.

Afin de désengorger les cabinets des omnipraticiens et de leur permettre de se consacrer aux activités pour lesquelles ils sont les seuls à détenir les compétences, dans l'esprit d'offrir des services accessibles et universels en santé mentale :

- s'inspirer du fonctionnement d'organismes comme la CSST ou l'IVAC pour donner accès à des psychologues fournisseurs de services lorsque nécessaire;
- éliminer, dans le réseau public, l'obligation de la requête médicale et le nécessaire détour que cela entraîne pour avoir accès aux psychologues;
- éliminer l'obligation de la requête médicale pour donner accès aux spécialistes;
- ouvrir aux psychologues concernés la possibilité de référence aux psychiatres;
- appliquer à tous les différents intervenants la même logique que celle du plan d'action concernant le partage entre les omnipraticiens et les psychiatres, c'est-à-dire recourir aux services de chacun en regard de son expertise propre et unique (noyau dur de la profession) et s'appuyer sur l'expertise complémentaire des autres, notamment celle des psychologues en santé mentale;

- convenir que l'enjeu n'est pas d'arriver à un meilleur partage des soins entre les psychiatres et les omnipraticiens seulement, mais bien entre tous les intervenants concernés;
- étudier la possibilité d'intégrer les services psychologiques aux services généraux offerts au public en 1^{ière} ligne.

Afin de maximiser l'utilisation du tandem médecin-psychologue :

- prévoir la présence de psychologues en nombre suffisant dans tous les niveaux de service (1^{ère}, 2^{ième} et 3^{ième} lignes);
- mettre sur pied une mécanique permettant à tous les GMF d'avoir accès aux psychologues.

Le plan d'action souligne que les CSSS doivent franchir des étapes dont celle d'établir le portrait des besoins, l'inventaire des ressources et des services disponibles et d'identifier les écarts. À cet égard, et dans le but de doter toutes les régions d'un même panier de services et de procéder avec la rigueur requise pour offrir au public le bon service, donné au bon moment par la bonne personne:

- établir des ratios spécifiques aux psychologues et à chacun des autres groupes de professionnels;
- donner des orientations claires quant aux embauches et affectations de professionnels.

Afin d'empêcher que la clientèle se trouve orpheline de services en santé mentale, il faut prendre des mesures concrètes assurant la prise en charge et l'imputabilité :

- développer et appuyer les fonctions pivot et liaison;
- intégrer la fonction liaison à tous les niveaux de service et s'assurer de son efficacité en dégageant la personne qui l'assumera de toute autres fonctions et en lui accordant certains pouvoirs décisionnels quant à l'orientation de la clientèle.

Afin de permettre au public de recevoir les services adéquats et efficaces qu'il est en droit d'attendre, de répondre à une demande qui ne pourra que s'accroître si les services publics d'information sont mis en place:

- établir quels professionnels doivent constituer une équipe multidisciplinaire en santé mentale;

- ne pas faire porter les efforts de changements uniquement sur les structures et dégager les ressources requises pour ajouter du personnel compétent à tous les niveaux de services, de sorte qu'on verra apparaître de véritables équipes multidisciplinaires complètes;
- allouer les ressources financières disponibles à l'embauche de professionnels dûment formés plutôt que de tenter de former, après-coup et dans l'à-peu-près, des professionnels mal préparés à l'origine;
- miser sur la formation continue pour que chaque groupe de professionnels développe sa compétence propre, et non pas pour tenter de lui faire acquérir la compétence des autres.

Afin de répondre aux besoins spécifiques des jeunes en santé mentale :

- s'inspirer des expériences nouvelles, comme le projet *Grandir en santé mentale en Montérégie* où l'on a vu à constituer de véritables équipes multidisciplinaires pour pallier le manque de pédopsychiatres;
- augmenter les effectifs de psychologues dans les Centres jeunesse qui sont notamment responsables de l'analyse des besoins en santé mentale (page 25);
- créer des ententes ou établir des corridors de services entre les équipes de santé mentale et les garderies et les écoles.

Afin de maximiser les ressources humaines :

- mobiliser les différents professionnels à partir de leur compétence initiale, en référence au noyau dur de leur profession;
- prévoir l'embauche ou le recrutement d'intervenants déjà formés pour traiter des problématiques ciblées et offrir les traitements adéquats.

LE RYTHME DES CHANGEMENTS

Le plan d'action nous propose un projet louable en ce qu'il vise à corriger d'importantes iniquités en matière de santé mentale. Il vise également à changer des pratiques qui ont cours depuis longtemps et rien n'est plus difficile que de changer des habitudes bien ancrées. On ne pourra s'assurer du succès de ce projet que dans la mesure où on tiendra compte du facteur humain. Les intervenants qui oeuvrent sur le terrain sont nos experts et ils ont leur mot à dire dans cette réforme. Donnons-leur la parole. La réforme ne doit pas être pour eux un désaveu, mais bien une proposition qui leur permettra de mieux s'acquitter de leur mandat.

Il est difficile de se prononcer sur le rythme des changements à introduire, surtout parce que le plan d'action fait davantage état d'objectifs que de moyens pour y arriver. Il y a plusieurs étapes à franchir, notamment pour arriver à un véritable partage des soins. Le rythme qu'on donnera devra permettre à tous les intervenants d'abord de comprendre la nécessité de ce plan d'action, et ensuite de bien intégrer les changements à chacune des étapes planifiées. Le plan d'action est ambitieux et, bien que nous souhaitons qu'il se concrétise dans les meilleurs délais, un horizon de trois ans nous semble un peu court pour arriver à terme.

CONCLUSION

Nous retenons d'abord de ce plan d'action que les psychologues, à titre d'experts en santé mentale, auront à jouer un rôle de premier plan. La collaboration médecin-psychologue, déjà répandue en pratique privée, a démontré son efficacité. Cette collaboration est de plus en plus souhaitée par les professionnels et recherchée par le public.

Le succès du guichet unique, élément clé du plan d'action, repose en grande partie sur la nécessité de se doter d'un service d'évaluation compétent pour orienter le public vers la bonne ressource et éviter de recourir inutilement à des services spécialisés. La réussite du plan d'action proposé suppose également que l'on permette aux différents professionnels de se consacrer aux activités pour lesquelles ils sont spécifiquement formés.

Finalement, pour s'assurer que les professionnels oeuvrant dans le secteur de la santé mentale soient utilisés au meilleur de leurs compétences et de leur expertise, il est impérieux de poursuivre les travaux de révision du système professionnel, lesquels ont déjà porté fruits en santé physique.