

L'organisation des services en santé mentale au Québec

The Organization of Mental Health Services in Quebec : Present Trends

Dominique GAUCHER

Volume 17, numéro 1, avril 1985

Santé mentale et processus sociaux

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/001285ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/001285ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0038-030X (imprimé)

1492-1375 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

GAUCHER, D. (1985). L'organisation des services en santé mentale au Québec. *Sociologie et sociétés*, 17(1), 41–50. <https://doi.org/10.7202/001285ar>

Résumé de l'article

L'incertitude qui règne dans le champ scientifique de la santé mentale, et la contestation de l'asile ont amené l'écllosion de thérapeutiques différentes. La structure actuelle du réseau et ses lacunes font en sorte que la continuité des services recherchée par la réforme Castonguay-Nepveu n'est pas achevée. La crise économique a posé à l'État la question de la modification de la prise en charge de l'hébergement de la clientèle en santé mentale. De nouveaux intervenants communautaires participent à ce virage. A travers ces changements, qu'en est-il de la continuité des services?

L'organisation des services en santé mentale au Québec: tendances actuelles



DOMINIQUE GAUCHER

Au plan *scientifique*, le champ de la santé mentale est caractérisé par un grand degré d'incertitude. La définition même de la (des) maladie(s) mentale(s) est sujette à controverse: la distinction entre normal et pathologique est difficile à établir et l'existence d'une telle distinction est remise en question; on parle plutôt maintenant d'un continuum que d'une rupture de l'un à l'autre¹. Le caractère physique ou social de ces maladies et de leur étiologie prête aussi à discussion, de même que les approches thérapeutiques empruntées pour venir en aide aux individus. Ce caractère flou, pourrait-on dire, du champ du savoir concernant les troubles mentaux a des conséquences sur l'organisation des services dispensés pour y faire face. L'absence de certitude partagée autorise, plus qu'ailleurs en médecine, la pluralité des approches.

Ainsi a-t-on vu éclore, dans les années 70, sur le marché privé, une multitude d'approches thérapeutiques nouvelles. Si un certain nombre d'entre elles font bon ménage avec la psychiatrie institutionnelle, certaines se constituent en opposition à celle-ci et cherchent à s'y substituer. La nature et la profondeur de cette contestation de la psychiatrie furent telles que la médecine physique en fut ébranlée. On sait en effet que le courant antipsychiatrique, avec le courant féministe, ont largement contribué à alimenter les remises en question de la médecine². Au cœur de cette critique, on retrouve la tentative de réintroduire dans le champ du savoir celui des malades sur eux-mêmes. Plus profondément encore, la notion de santé s'y centrerait sur la reprise de possession de leur vécu par les individus, contestant ainsi la légitimité du discours professionnel³.

Au plan *institutionnel*, les psychiatres modernistes des années 60 avaient remplacé la petite bourgeoisie cléricale traditionnelle⁴. Les années 70 ont été celles de la réforme Castonguay-Nepveu, où les «rationalisateurs bureaucratiques»⁵, orientés vers l'objectif d'une promotion globale de la

1. Joshi, P. et G. R. de Grâce, *Conceptions contemporaines de la santé mentale*, Montréal, Décarie éditeur, 1983, 365 p.

2. Ehrenreich, J., *The Cultural Crisis of Modern Medicine*, New York, Monthly Review Press.

3. Gaucher, D., F. Laurendeau, L.-H. Trottier, «Parler de la vie: l'apport des femmes à la sociologie de la santé», in *Sociologie et sociétés*, vol. XIII, n° 2, octobre 1981, pp. 139-153.

4. Boudreau, F., *De l'asile à la santé mentale; les soins psychiatriques: Histoire et institutions*, Montréal, Ed. Coopératives Albert Saint-Martin, 1984, 274 p.

5. Alford, R. R., *Health Care Politics: Ideological and Interest Group Barriers to Reform*, Chicago et Londres, The University of Chicago Press, 1975. Renaud, M., «Réforme ou illusion? une analyse des interventions de l'État québécois dans le domaine de la santé», in *Sociologie et sociétés*, vol. IX, n° 1, 1977, pp. 127-152.

santé de la population, ont jeté les bases d'un système de santé devant assurer la dispensation de services accessibles, continus, personnalisés. Pour ce faire, les établissements de santé devaient se définir et se développer en éléments fonctionnels complémentaires.

Dans le domaine de la santé mentale cependant, le réseau de services n'est pas actuellement complété de manière à assurer la continuité des services. Les services de prévention sont encore en bonne part à l'état d'ébauche; la «première ligne» n'y est pas à proprement parler organisée, bien que des services de ce type soient effectivement dispensés par de nombreux médecins omnipraticiens en CLSC ou en polyclinique⁶. Les frontières entre la deuxième et la troisième lignes de services sont, par ailleurs, très équivoques, de même que le sont les notions de soins de courte durée et de longue durée. Or, la complémentarité des services, dans un contexte où les zones grises sont nombreuses, ne peut qu'être précaire. Le travail multidisciplinaire, issu de la volonté de complémentarité professionnelle, n'est pas toujours une réussite, dans ce champ où l'absence de consensus fait en sorte que chacun peut chercher à se substituer à l'autre. De plus, les services de réadaptation et de réinsertion sociale sont encore très peu développés, particulièrement pour les malades mentaux adultes. Cette carence contribue au «syndrome de la porte tournante» de cette clientèle, à savoir son taux très élevé de réadmissions. La continuité des services en santé mentale a plutôt l'allure d'une ligne brisée dont le tronçon principal est encore l'hôpital psychiatrique.

Au plan *économique*, la crise du milieu des années 70 est venue ralentir le développement et la croissance de ce réseau. Le secteur des Affaires sociales, dans son ensemble, vit des restrictions budgétaires depuis maintenant presque 10 ans. Face à ces contraintes, des mesures sont prises pour augmenter la productivité des établissements plutôt que de porter atteinte à l'accessibilité aux services. Mais on assiste à un phénomène économique qui dépasse la recherche d'augmentation de la productivité des services actuels. Les restrictions économiques ont posé les bases d'un virage vers une *modification* de la prise en charge étatique de la santé. Sans toucher à l'universalité du régime, l'État cherche à se désengager au niveau de l'*hébergement* de certaines clientèles, particulièrement celles dont celui-ci est prolongé et il est en cela appuyé par une réflexion d'ordre clinique et social. On assiste en effet au développement progressif de programmes tels ceux de maintien à domicile des personnes âgées, de réinsertion sociale des déficients mentaux et des jeunes mésadaptés socio-affectifs. On remet aussi en question le bien-fondé de l'approche institutionnelle du traitement de l'alcoolisme, des toxicomanies et de la maladie mentale.

Ce retour vers la communauté table sur l'autonomisation de ces clientèles visées qui devront apprendre à se suffire à elles-mêmes, avec l'aide d'un réseau social de soutien. On compte donc sur la collaboration de la communauté et le travail des bénévoles, réintroduisant ainsi dans l'univers non marchand, le travail, en bonne partie féminin, qui avait intégré progressivement la sphère d'activité marchande à travers le salariat du réseau des établissements de santé⁷.

Les marges de manœuvre thérapeutiques laissées par les incertitudes de la psychiatrie, dans un contexte où l'on recherche des économies substantielles à travers une modification de la prise en charge sanitaire de la population par l'État, ouvrent la porte à des expérimentations cliniques et administratives. Celles-ci trouvent à leur tour un écho chez les administrations publiques à la recherche d'avenues nouvelles de prise en charge par la communauté. Et ces avenues nouvelles sont des boulevards: le caractère flou du champ scientifique de référence, la précarité qui s'ensuit du statut central des psychiatres dans le processus thérapeutique, et le rejet de la formule asilaire, jugée coûteuse et inefficace, font en sorte que l'expérimentation peut porter sur tout, de la formule d'hébergement à la formule de traitement, en passant par le choix des intervenants et celui des structures administratives. Les intervenants qui cherchent à expérimenter se voient ouvrir un champ qui dépasse le cadre des thérapies privées dont la clientèle est plus «légère», pour toucher à l'organisation des services destinés à une clientèle plus «lourde». Le terrain des formes d'expérimentation des années 80 — celles qu'on a baptisées les «ressources alternatives en santé mentale» — est donc celui-là même couvert par les services publics. Ces expériences ne peuvent se développer en marge du réseau de la même manière que l'on fait les «thérapies privées». En effet, les clientèles visées sont du ressort public en ce sens que leur fonctionnement social a été, est ou est sur le point d'être interrompu; ces clientèles ont droit à des services gratuits qui sont en retour financés, forcément, par l'État.

6. Association des hôpitaux du Québec, *Document d'orientation: organisation des services de santé mentale au Québec: analyse et perspectives*, Montréal, AHQ, juin 1984, pp. 31-33.

7. Gaucher, D., *le Maternage mal salarié: travail sexué et discrimination salariale en milieu hospitalier*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1983, 259 p.

Ces «ressources alternatives en santé mentale» sont de plusieurs types. Elles veillent à assurer, dans l'ensemble, le maintien dans le milieu ou la réinsertion sociale des individus ayant eu ou non préalablement recours aux services psychiatriques hospitaliers. Certaines ont des dimensions thérapeutiques, avouées ou non. Ces ressources assurent l'apprentissage d'habiletés quotidiennes, sociales et de travail, à travers des structures légères d'hébergement (maisons de transition, appartements supervisés), des structures occupationnelles (centres de jour) ou de réinsertion au travail (ateliers, services de placement). Certains les disent «intermédiaires» si elles émanent d'institutions du réseau, et plus proprement «alternatives» si elles se développent à partir de la communauté, ou en marge de la psychiatrie. Elles sont, dépendant des intervenants, alternatives à l'hospitalisation ou alternatives à l'ensemble de l'approche thérapeutique de la psychiatrie.

De telles expérimentations sont susceptibles d'évoluer de différentes façons en regard des services publics: en opposition à ceux-ci, en retrait, dans la marginalité ou encore en tentant de s'y articuler en minimisant les sphères d'opposition.

Or, les remises en question du système psychiatrique véhiculées par les courants thérapeutiques nouveaux des années 70, celles formulées par l'antipsychiatrie, s'inscrivaient dans le climat d'opposition et de retrait vers la marginalité, fort important au Québec, durant cette décennie, au niveau du syndicalisme du secteur public et des mouvements tels ceux de la gauche et du féminisme. En revanche, les ressources alternatives actuelles, du moins les plus récentes d'entre elles, sont nées dans un contexte, on l'a vu, où elles sont en demande, notamment chez les bailleurs de fonds (toutefois modestes) que sont les administrations publiques. Elles apparaissent aussi dans un contexte économique difficile qui affecte grandement les clientèles susceptibles de recourir à ces services, faisant ressortir l'évidence des besoins de la population. Ces facteurs, qui définissent leur à-propos, font que les ressources alternatives, dans l'ensemble, se développent dans un climat de concertation avec le réseau plutôt qu'en opposition à celui-ci, et où la recherche de complémentarité des services prime sur celle de la marginalité. Les ressources alternatives, ainsi, sont susceptibles de contribuer au parachèvement du réseau des services publics.

Bref, le caractère flou du champ scientifique en psychiatrie, les lacunes du réseau actuel de services, et les difficultés économiques m'apparaissent créer un contexte où l'ouverture à l'expérimentation est susceptible de compléter — et de remodeler — le réseau de services en santé mentale. Sans révolution à la manière des années 70, les ressources alternatives peuvent à la fois consolider et réorienter le partage des responsabilités entre institutions, entre professionnels et non-professionnels, voire même entre communauté et État. Voici comment, placée comme je le suis — dans la couche opérationnelle de l'administration publique, où les changements se vivent au quotidien — je vois se dessiner ces transformations, et les problèmes, les tensions qu'elles charrient. Voici aussi quelques-unes des inquiétudes qu'elles engendrent dans un esprit comme le mien... resté marqué par le projet social des années 70.

LA CONTINUITÉ DES SERVICES ET LES RAPPORTS INSTITUTIONNELS

La continuité des services implique une articulation entre la prévention, le traitement et la réadaptation, ou réinsertion sociale. Théoriquement, une gamme complète de services devrait être en mesure de répondre à tous les besoins (ou presque) et d'orienter correctement la circulation des clientèles. Concrètement, au niveau de l'organisation des services, la continuité est complexe à orchestrer et se pose en termes de référence des clientèles d'un service à un autre, et d'équilibre entre les diverses institutions. Qu'un maillon de la chaîne — parmi les divers services hospitaliers, services sociaux et ressources alternatives — fasse défaut, et c'est tout le système qui est engorgé. Or, cet équilibre est actuellement précaire.

Les services de prévention sont pour ainsi dire inexistantes actuellement et, sans doute, pour cause. Où, quand et comment prévenir les troubles mentaux? Qui sont les clientèles à risque? Les modèles développés en santé publique, qui distinguent prévention primaire, secondaire et tertiaire⁸,

8. «La prévention *primaire* vise à promouvoir la santé mentale et à réduire l'incidence des troubles psychiques dans une population donnée. Elle implique des programmes de santé communautaire qui tendent à supporter et à développer le potentiel d'adaptation bio-psycho-sociale des individus et de la communauté. La prévention *secondaire* vise à réduire la prévalence des troubles psychiques spécifiques existants dans une population donnée. Elle implique le dépistage et l'intervention précoce. La prévention *tertiaire* vise à réduire les déficits chroniques résiduels des maladies psychiques et à favoriser la réinsertion sociale du bénéficiaire.» (Association des hôpitaux du Québec, *op. cit.*, p. 28.)

ne sont pas nécessairement adéquats en santé mentale⁹. Des expériences, comme celles des centres de prévention du suicide, sont utiles actuellement pour préciser la nature des interventions pertinentes. Par ailleurs, la définition et le rôle des intervenants potentiels ne fait pas encore consensus: les Départements de santé communautaire et les CLSC commencent à s'impliquer dans ce champ¹⁰.

Par ailleurs, l'absence de services de prévention et de traitement en première ligne a pour effet de créer un dysfonctionnement au niveau des services de deuxième ligne — à savoir de traitement spécialisé — notamment ceux des urgences psychiatriques. Celles-ci deviennent une porte d'entrée — et de réadmission — qui n'est pas forcément adéquate¹¹.

LE TRAITEMENT: HÔPITAUX GÉNÉRAUX ET HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Le traitement spécialisé est partagé entre les deuxième et troisième lignes de services, dont les distinctions ne sont pas nettes. La compréhension de leurs vocations respectives oscille, selon les interprétations, entre la prise en charge des soins prolongés, d'une part, et le traitement ultra-spécialisé, d'autre part¹². C'est possiblement cette deuxième conception qui prendra de l'ampleur, dans la vague actuelle de désinstitutionnalisation.

Mais entre-temps, les hôpitaux psychiatriques sont soumis à la pression de désinstitutionnaliser et de réduire leur capacité¹³, alors qu'ils constituent la structure d'accueil des patients en soins prolongés que ne peuvent héberger très longtemps les départements de psychiatrie des hôpitaux généraux.

Actuellement, à cause des imprécisions des rôles respectifs, la référence des clients entre ces établissements ne va pas sans heurts. Les hôpitaux psychiatriques sont menacés, de manière permanente, de servir de déversoir aux hôpitaux généraux pour les cas les plus lourds et les plus difficiles nécessitant des traitements à long terme. À leur tour, les hôpitaux de courte durée peuvent être surchargés à cause du manque de structures d'accueil plus légères et de réinsertion sociale. Par ailleurs, la sectorisation, dans les régions où elle s'applique, a été pensée afin de garantir l'accessibilité des services à tous. Mais il semble que, dans le contexte d'une demande croissante, ce mode d'organisation des services soit une arme à deux tranchants et que «la sectorisation devienne occasionnellement un prétexte pour refuser un patient, quelquefois même sans l'évaluer ou s'assurer de son transfert à l'établissement désigné», selon l'Association des hôpitaux du Québec¹⁴.

Ainsi, la pression à la désinstitutionnalisation et le maintien de l'accessibilité des services font en sorte que des ajustements sont nécessaires dans la répartition entre les établissements, des services à dispenser. Dans la région montréalaise par exemple, le changement de vocation en train de s'opérer à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine a motivé la tenue d'une étude de l'équilibre régional des services de santé mentale¹⁵.

SERVICES HOSPITALIERS ET SERVICES SOCIAUX

Outre l'équilibre des différents services hospitaliers, le réseau doit maintenir la continuité de services entre ceux-ci et les services sociaux. À l'origine, la constitution des centres de services

9. Les modèles développés en prévention sont ceux inspirés de la santé publique; l'Association des hôpitaux du Québec remet en question la pertinence en santé mentale (*op. cit.*, p. 28). Voir à ce sujet: A. Broskowski et F. Baker, «Professional, Organisational and Social Barriers to Primary Prevention», *American Journal of Ortho-Psychiatry*, 1974, vol. 44, n° 5. Il faut aussi noter que les expériences italiennes, ayant Basaglia comme inspirateur, n'ont pas de composante spécifiquement préventive.

10. Voir à ce sujet: Comité consultatif de l'Association des chefs de départements de santé communautaire, *Éléments pour une approche préventive en santé mentale communautaire*, août 1983, et: Fédération des CLSC, *Commentaires critiques sur le Rapport de la situation de la psychiatrie au Québec, lacunes et perspectives d'organisation*, décembre 1979.

11. Association des hôpitaux du Québec, *op. cit.*, p. 11. Voir aussi: L. Bozzini et al., *les Urgences psychiatriques dans la région du Montréal métropolitain*, Analyse descriptive, M.A.S., novembre 1979.

12. *Ibid.*, p. 31.

13. Réinsérer les malades actuellement internés est une chose; réduire effectivement la capacité des hôpitaux psychiatriques, *i.e.* ne pas interner d'autres malades, est autre chose. La désinstitutionnalisation a donc un double volet: rendre réversible la chronicisation due à l'asile et empêcher la chronicisation due à la maladie.

14. Association des hôpitaux du Québec, *op. cit.*, p. 35.

15. Le ministre des Affaires sociales, M. Camille Laurin, a en effet confié un deuxième mandat aux enquêteurs spéciaux — Arthur Amyot, Georges Aird et Céline Charland — chargés de faire la lumière sur la situation des soins infirmiers à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Ce mandat vise à analyser la complémentarité des services de première et de deuxième lignes dans la région métropolitaine, examiner les effets de la sectorisation, le rôle et les fonctions des travailleurs sociaux en psychiatrie ainsi que le mode d'organisation institutionnelle qu'il y a lieu de privilégier pour la plus grande qualité de services aux bénéficiaires.

sociaux comme entités distinctes des hôpitaux visait à garantir l'existence d'une prise en charge du caractère *social* des besoins des individus.

Mais les rapports de ces institutions avec les hôpitaux sont fragiles, d'autant plus que leurs champs d'action respectifs sont loin d'être tranchés au couteau. En effet, en santé mentale, la distinction entre ce qui est social et ce qui est médical est loin d'être nette. Par exemple, la frontière qui délimite la clientèle des malades mentaux de celle des «mésadaptés socio-affectifs», les premiers relevant des services de santé, les seconds, des services sociaux, pourrait aisément être qualifiée d'arbitraire. Dans l'état actuel de nos connaissances, pouvons-nous tracer une ligne entre différentes façons d'exprimer la souffrance et qualifier certaines de pathologiques, et d'autres pas?

La distinction entre services sociaux et services médicaux reflète, me semble-t-il, bien au-delà d'une complémentarité fonctionnelle dans le présent, la vieille scission entre santé publique et médecine privée. Malgré l'instauration d'un réseau médical public, la problématique de services qui reste propre aux services sociaux n'est-elle pas celle des moins bien nantis de notre société¹⁶?

Cette distinction sous-jacente jette à tout le moins un éclairage significatif sur le fait que services de santé et services sociaux se sont constitués en *deux réseaux* plutôt qu'en éléments complémentaires d'un seul réseau. Chacun d'entre eux dispose d'ailleurs d'une direction générale au ministère des Affaires sociales et d'un sous-ministre adjoint propres.

Sans vouloir faire ici le tour de la question épineuse des rapports entre des institutions telles les services hospitaliers et les services sociaux, on peut dire que le bilan de la séparation des aspects sociaux et médicaux des problèmes de santé, et surtout de santé mentale, n'est pas que positif. Si on a pu supposer que l'approche sociale et l'approche médicale devaient susciter entre elles une alliance féconde, l'existence de services autonomes les uns des autres n'en a pas moins créé dans bien des cas des discontinuités de services parfois paralysantes. Par exemple, les centres hospitaliers, et en particulier les hôpitaux psychiatriques, protestent contre le rattachement aux CSS des travailleurs sociaux œuvrant dans leurs murs¹⁷. Ces discontinuités se font sentir entre la vocation hospitalière du réseau, celle du traitement, et sa vocation sociale de prévention, de dépistage et de réinsertion. Si les ressources — médicales et financières — se trouvent dans les hôpitaux, et que les fonds se font plus rares sur le versant «social» de la montagne, il est clair en revanche que la réallocation de ressources est plus difficile à réaliser si elle implique le transfert d'un monde à un autre. Dans ce cas, les mécanismes de référence des clientèles et l'équilibre des institutions sont à renégocier.

LE RÉSEAU ET LES «RESSOURCES ALTERNATIVES»

La continuité des services entre le réseau et les ressources alternatives pose des problèmes similaires et des embûches additionnelles. Les ressources alternatives n'ont actuellement pas le même type de responsabilité que les établissements à l'égard des clientèles et à l'égard de la cohérence des services; ceci est dû à leur statut de ressources expérimentales et communautaires. Par ailleurs, elles sont aussi forcées de s'articuler au schisme entre services de santé et services sociaux.

L'un des problèmes de continuité dans la référence des clientèles entre réseau et ressources alternatives est celui de la responsabilité légale des personnes. Qui est un bénéficiaire au sens de la loi? Quand l'État peut-il se défaire de sa responsabilité? Rappelons qu'en plus de la responsabilité légale médicale, beaucoup de bénéficiaires hébergés relèvent de la Curatelle publique, et leur proportion peut atteindre les trois quarts dans un asile de la taille de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Ainsi, le retrait de l'État au niveau de l'hébergement implique, en dehors de ses aspects financiers, une modification potentielle de la nature de sa responsabilité. Le passage, pour un individu, d'un établissement du réseau à certaines ressources alternatives peut en effet se faire, à l'heure actuelle, avec ou sans engagement de suivi de la part de cet établissement. Et ce suivi est souhaité ou non par les intervenants des ressources selon le contrat qui les lie — ou l'absence de contrat — et selon l'opinion qu'ils entretiennent à l'égard des services du réseau.

En effet, le statut fort différent des ressources publiques et alternatives fait en sorte que le passage des unes aux autres peut ne pas se faire tout seul. La formule privilégiée pour les ressources

16. Sur les rapports entre médecine privée et santé publique, voir notamment Freymann, J. G., «Medicine's Great Schism»: prevention vs cure: an historical interpretation», in *Medical Care*, vol. XIII, n° 7, 1975, pp. 525-538. Voir aussi Rosen, G., «The Evolution of Social Medicine», dans H. Freeman, S. Levine et L. Reeder, *Handbook of Medical Sociology*, Prentice Hall, Englewoods Cliffs, New Jersey, 2^e éd., 1972, pp. 30-60.

17. Association des hôpitaux du Québec, *op. cit.*, p. 43.

alternatives est celle d'organismes à but non lucratif, autonomes du réseau, en contact avec celui-ci, et assurant la continuité de services avec celui-ci. La dynamique des ressources alternatives de services n'est pas différente des autres domaines, en santé mentale: les «alternatifs» risquent de percevoir la complémentarité comme une fonction de second ordre¹⁸, à la merci du pouvoir hospitalier et étatique. Et dans la mesure où certaines ressources ne se perçoivent pas seulement comme «alternatives» à l'hospitalisation, mais aussi à *la psychiatrie*, elles tiennent à se démarquer du réseau au point de n'entretenir avec celui-ci aucun contact, de n'accepter que très peu de clientèle référée et de créer une rupture de contact avec des expériences passées dans le réseau pour ses clients. Notons toutefois que ce radicalisme, valorisé et fréquent chez les groupes populaires des années 70, s'insère mal dans le contexte actuel de concertation¹⁹.

Mais d'une manière générale, la continuité des services s'établit à travers une concertation tacite de départage des clientèles. Dans l'ensemble, la scission entre services de santé et services sociaux fonctionne, ici aussi, pour distinguer le traitement de la réinsertion sociale, et plus encore, la réinsertion sociale du service social. La dangerosité (pour soi et pour autrui), la lourdeur des cas et le caractère aigu des pathologies s'imposent tranquillement, pour les uns et pour les autres, comme critères de sélection des candidats à telle ou telle pratique, et à telle ou telle ressource du réseau alternatif. C'est dans une large mesure la responsabilité de la prise en charge de clientèles autrement déclarées chroniques qui se déplace vers la communauté, la phase aiguë demeurant sous l'aile de la psychiatrie hospitalière.

Les ressources alternatives se spécialisent donc, dans bien des cas, dans le nouveau champ d'action qu'est la réinsertion sociale. Cette dernière est ainsi dissociée du traitement proprement dit, et on peut par exemple l'opérationnaliser en réinsertion personnelle (hygiène, etc.), sociale (contacts sociaux, utilisation des ressources du milieu) et occupationnelle (réadaptation au travail). La réinsertion, définie de cette manière, est peut-être plus fonctionnelle et elle a, à tout le moins, le mérite de rendre plus transparent son caractère de contrôle social de la folie et d'adaptation du «fou» aux normes sociales. Outre ces considérations, qu'en est-il de la continuité des services, du point de vue des bénéficiaires? Bien que ces différents niveaux d'*analyse* des problèmes des bénéficiaires sont sans nul doute pertinents, ils ne sont sûrement pas indépendants les uns des autres. Et l'on peut s'exposer à découvrir là une fragmentation de services atrophiant en regard de la complexité et de la globalité du vécu des individus ainsi «traités»²⁰.

Au niveau de l'équilibre entre institutions, l'autonomie des ressources alternatives est de nature à créer, à long terme, des jalousies ou, pour le moins, des tiraillements qui ne manqueront pas d'affecter les clientèles. En effet, si la formule des organismes sans but lucratif établissant des contrats de services avec le réseau se généralise²¹, il se peut que cette formule privatisée, fonctionnant avec les deniers de l'État mais libre dans son organisation, apparaisse favorisée par rapport au réseau officiel soumis à de nombreuses réglementations et à la syndicalisation.

À ces rapports entre institutions productrices de soins, entre elles et avec les ressources alternatives, s'ajoutent ceux introduits par les entités proprement administratives. C'est ce que nous verrons maintenant.

LA DÉCENTRALISATION ADMINISTRATIVE ET L'EXPÉRIMENTATION

À un autre niveau que celui des rapports entre établissements du réseau et ressources alternatives, les orientations adoptées par les entités administratives que sont le ministère des Affaires sociales et les Conseils régionaux interviennent dans la structuration des services de santé mentale. Et ces interventions sont toutes deux en élaboration, et donc en mouvement.

18. Qu'on se rappelle comment le terme de complémentarité, appliqué, au milieu des années 70, au partage des responsabilités entre CLSC et polycliniques créait de remous (Fédération des CLSC, Rapport du colloque: Les CLSC, cinq ans après, novembre 1977).

19. Gendreau, Claude, «Ressources alternatives/ressources institutionnelles: de la pensée magique à la concertation de survie», *Administration hospitalière et sociale*, vol. xxx n° 5, novembre-décembre 1984.

20. Sans doute l'analyse et l'identification de niveaux d'intervention ne sont-elles pas un mal en soi; c'est la fragmentation potentielle de ces interventions qui est à redouter. Toutefois, actuellement, les ressources alternatives sont le lieu d'une approche plus intégrée où les interventions, bien que parfois distinctes, se font dans le cadre de la globalité d'un contact de personne à personne.

21. Cette formule, privilégiée par le ministère des Affaires sociales, est en voie de s'appliquer dans les régions de la Montérégie (rive-sud de Montréal) et du Montréal métropolitain.

D'abord, le ministère des Affaires sociales a fait de la santé mentale une priorité en 1983-1984. Cette mise en priorité se concrétise par l'amorce d'un inventaire des besoins et des ressources ainsi que par une prise de position quant aux orientations générales d'intervention pour l'avenir, sous la forme d'une politique de la santé mentale. Par ailleurs, la santé mentale constitue l'un des premiers «mandats décentralisés» de planification sanitaire confiés aux Conseils régionaux (CRSSS), et ce, depuis 1979²². Ceux-ci devenaient ainsi les promoteurs de l'organisation régionale des services, selon des orientations alors encore à développer au Ministère, ce dernier se gardant un droit de contrôle *a posteriori*. Les sources de financement des services proposés par les CRSSS sont théoriquement de plusieurs types, allant de la réallocation de ressources régionale, interrégionale, interprogrammes, aux budgets de développement accordés par le Conseil du Trésor²³.

La décentralisation du mandat d'organisation des services s'est donc produite dans un contexte où le Ministère, dont la politique n'était pas finalisée (à la fin de l'année 1984), ne fournissait pas encore d'orientations très déterminées, laissant ainsi une marge de manœuvre assez considérable aux Conseils régionaux. Cette liberté forcée allait toutefois, on s'en doute, créer des tensions entre les deux paliers administratifs. Le Ministère cherchait à fonder sa politique sur des expériences régionales réelles, et était ainsi amené à s'impliquer dans les travaux d'élaboration des CRSSS. Et à tout moment, le collaborateur pouvait se transformer en censeur; le peu de précision dans la délimitation des frontières de l'autonomie des CRSSS est susceptible de faire apparaître le contrôle ministériel comme arbitraire. Et dépendant, notamment, de la provenance des fonds impliqués, cet équilibre fragile se maintient ou se rompt.

Il faut rappeler aussi que l'envergure du spectre des choix à faire, par ces instances, est considérable: l'imprécision du champ scientifique, la volonté d'amorcer un virage significatif et d'y impliquer des ressources communautaires élargissent le champ des possibles. À ceci s'ajoute la volonté pour les CRSSS d'ajuster la planification régionale à la morbidité spécifique de leur région et aux structures de services déjà existantes. Pour le premier aspect, nous renvoyons le lecteur à d'autres sources²⁴. Quant au deuxième, mentionnons, sans vouloir être exhaustif, deux éléments de la structure de services: la présence ou l'absence de psychiatres en région²⁵ ainsi que la présence ou l'absence de structure asilaire modifient considérablement la dynamique de développement des services. L'absence de psychiatres peut rendre inimaginable le développement de services de santé mentale, pour ceux, médecins ou administrateurs, qui considèrent la psychiatrie comme le pivot central de ces services. Pour d'autres, encore là, administrateurs, médecins, omnipraticiens et autres professionnels de la santé, l'absence de psychiatres dans certaines régions permet de développer une pratique davantage alternative à la psychiatrie et plus aisément centrée sur la communauté que sur l'hôpital. Les ressources légères de la région 08 (Abitibi-Témiscamingue) se sont ainsi développées quasi en l'absence de psychiatres²⁶. La présence d'asiles a pour sa part comme effet de concentrer la clientèle et d'alourdir ainsi la morbidité d'une région. C'est en effet le propre d'une pratique d'enfermement que de constituer une clientèle chronicisée et déracinée qui est d'autant plus difficile à réinsérer socialement.

L'expérimentation actuelle, tant au niveau du réseau existant qu'à celui des ressources alternatives, se situe donc dans un contexte où l'administration publique ne se présente pas comme

22. Voir l'annexe I, «Fonctions reliées aux services de la santé mentale», du décret 3179-79.

23. La réallocation de ressources est faite de différentes manières: le MAS ou les CRSSS (sur l'autorisation du MAS) peuvent prélever des sommes dans les budgets du réseau afin de se constituer un fonds propre pour financer de nouveaux services, par exemple. Les réallocations peuvent se faire à l'intérieur d'un programme (la santé mentale, la courte durée) ou de l'un à l'autre. Le Ministère, par le biais de la répartition des contraintes et du développement, peut rééquilibrer les ressources interrégions. Le développement, dans une période de contraintes, est aussi une certaine forme de réallocation indirecte.

24. Voir par exemple: Service des études épidémiologiques, *Le suicide au Québec*, analyse statistique, annexe I de l'*Avis du Comité de la santé mentale du Québec sur la prévention du suicide*, ministère des Affaires sociales, 292 p. Service des études épidémiologiques, *Géographie de la santé au Québec*, annexe II: *Indicateurs régionaux de santé*, ministère des Affaires sociales, janvier 1983. Pour la Montérégie: Fontaine, N., «Caractéristiques et principaux problèmes présentés par la clientèle des programmes psychosociaux et/ou de santé mentale dans les CLSC de la Montérégie par territoire de DSC pour l'année 1980-1981», Conseil régional de la santé et des services sociaux de la Montérégie, décembre 1981. Fontaine, N., *Plan d'organisation des services de santé mentale de la Montérégie 1983-1988*, Conseil régional de la santé et des services sociaux de la Montérégie, juin 1983. Pour Montréal: Siemiatycki, J., «Les conditions de vie et la santé, avec référence spéciale aux quartiers de bas revenus à Montréal», janvier 1972, pp. 14-15.

25. En 1980-1981, Montréal et Québec totalisaient 91,3% des effectifs de psychiatres de la province (Association des hôpitaux du Québec, *op. cit.*, p. 36).

26. Pierquin, Danielle, «La psychiatrie en Abitibi-Témiscamingue: Une approche communautaire», in *Artère*, vol. 2, n° 6, juillet-août 1984, p. 10.

un bloc monolithique aux orientations et aux mesures de contrôle bien définies. L'effet produit peut être contradictoire: l'imprécision politique peut favoriser l'éclosion de pratiques nouvelles, d'une part. D'autre part, les conflits entre paliers administratifs peuvent avoir un effet paralysant chez les producteurs de services. La décentralisation administrative, si elle permet l'éclosion de pratiques adaptées à leur milieu et moins réglementées, est en revanche un niveau de contrôle supplémentaire susceptible de bureaucratiser davantage les services. La structure démocratique des Conseils régionaux — par ses commissions administratives — peut tout aussi bien favoriser le dynamisme qu'augmenter la paralysie des intervenants en santé mentale de chaque région. Par ailleurs, les tensions possibles entre les deux entités administratives que sont le Ministère et les Conseils régionaux peuvent à leur tour figer le dynamisme des régions par une standardisation outrancière, créer la solidarité au sein de celles-ci (et entre elles) contre un «ennemi commun», ou encore avoir une action dynamisante pour des régions qui en auraient besoin.

Toutefois, indépendamment des conflits administratifs, il demeure que la coexistence, à long terme, de pratiques très différentes pose en soi un problème. Si on assiste à un retour, dans le cadre des services publics, à une certaine concurrence des modèles sanitaires, celle-ci est peu compatible avec les structures traditionnelles de la «santé publique», qui ont été marquées par la standardisation de leur organisation. On pourrait donc penser que les ressources alternatives auront la vie courte et que les attend la grisaille de la standardisation. Il m'apparaît toutefois que la recherche de concertation qui les caractérise et le partage des tâches qu'elles introduisent pourraient précisément être garants de la survie de leurs pratiques différentes. Car en se posant comme une alternative à l'hébergement asilaire, elles se présentent comme un pont-levis susceptible de redonner à la psychiatrie et aux psychiatres une légitimité plus spécifique de même qu'une responsabilité plus grande: celle d'investir plus profondément le champ thérapeutique et de se concentrer davantage sur la recherche de voies vers la guérison.

CONCLUSION: DE L'ENFERMEMENT À LA RÉINSERTION SOCIALE

Devant l'asile, encore trop présent et trop gros, devant l'échec collectif face à la folie — échec qu'on attribue trop facilement à la psychiatrie à qui on avait délégué la responsabilité du fardeau de la souffrance — la réponse des intervenants des années 80 est celle de la réinsertion sociale du «fou». Si on ne sait pas encore grand chose de la folie (bien qu'on l'ait classifiée selon ses variétés de symptômes) on se dit en revanche que le fou ne peut pas être plus mal à l'aise dans la société qu'à l'asile où il est dépossédé, et que le contact avec la «vraie vie» a plus de chances de produire une amélioration de son état. À travers la réinsertion sociale, on veut tenter de permettre au «fou» de se refaire une vie, une place dans le monde qui soit la sienne et dont on ignore tout. On en ignore tout parce qu'il s'agit d'exclus dont l'histoire est à chaque fois unique.

Si ce renvoi de la folie à la communauté est honnête et échappe à la promesse illusoire d'un miracle médical, le réseau de soutien que l'on veut développer pour venir en aide aux individus dans cette démarche sera-t-il approprié? La «famille désunie» que forme le réseau des Affaires sociales lui-même ainsi que l'association encore fragile qu'a celui-ci avec les ressources alternatives, sont-elles en mesure de relever le défi d'écouter ce que les «fous» ont à dire sur eux-mêmes? La concertation entamée en vue de créer une continuité de services est-elle un pas dans la voie d'une perception et d'une aide globales des individus en difficulté?

Si l'on a défini les services actuels comme se situant en continuité les uns aux autres, le tout global risque de ne l'être que du point de vue du technocrate. Si l'État rend accessibles des services à tous les individus, ceux-ci, à leur tour, s'y retrouvent-ils vraiment ou n'ont-ils pas la douloureuse impression de passer d'une main à l'autre? Là où l'on cherchait à éviter la fragmentation, ne l'a-t-on pas institutionnalisée?

La critique des années 70 effectuée par différents courants, groupes et écoles de pensée, a surtout porté sur la nature sociale de la maladie, et la nature politique de la médecine et des systèmes de dispensation de soins. Et tout se passe comme si l'intégration de ces débats était mise en péril par la fragmentation du réseau, et ce, à travers un partage de conceptions et de tâches délimitant celles qui sont «médicales» de celles qui sont «sociales».

De ce débat visant à remettre en contact le médical et le social, l'individuel et le collectif, en effet, que reste-t-il? Qu'en reste-t-il dans un contexte où l'austérité économique a contribué à augmenter la consommation de services en santé mentale, d'une part, et réduit les moyens d'y répondre, de l'autre? Chaque intervenant est, pourrait-on dire, retourné à son travail et à ses listes

d'attente. Mais, comme la difficulté crée parfois la solidarité, le soin à donner au malade a repris le devant de la scène, et le partage des tâches ainsi que la nécessaire concertation ont commencé à émerger cahin caha. Non pas que les querelles et les débats aient cessé, mais il est devenu de mauvais ton de s'y consacrer trop dans le contexte d'un effort collectif qui prend parfois l'allure d'un effort de guerre. Cette recherche de la continuité des services, même vécue à travers la concertation, est-elle susceptible d'atteindre à la compréhension globale — ou holistique — de l'histoire de vie des individus en difficulté? Car si des recherches — et sans doute aussi le bon sens — indiquent que c'est le rapport réussi avec un thérapeute plus que la méthode utilisée qui produisent des résultats satisfaisants²⁷ sommes-nous engagés dans la voie d'une réelle continuité auprès des personnes qui ont besoin d'aide?

À cet égard, il m'apparaît que la remise en question de la prise en charge de l'hébergement est à examiner de plus près. L'hébergement est en quelque sorte l'élément de base de la continuité de services actuelle. Cette continuité-là n'est pas celle de services s'adaptant à différents besoins et à différents moments d'une vie. C'est un point de repère moins actif, plus enveloppant. Plus aliénant aussi, dans la mesure où il dépossède les malades de leur vie et favorise leur chronocisation.

Ce type de continuité, fournie par l'activité proprement hospitalière de l'hôpital psychiatrique, participe à la fonction maternelle de l'hôpital²⁸, avec tous les bons et les mauvais côtés de l'hospitalité maternelle. Et c'est à la prise en charge publique de cette fonction, déficiente et discontinue dans bien des univers privés, que l'on touche à travers le virage actuel. En mesure-t-on toutes les conséquences?

Par ailleurs, les fonctions multiples développées au niveau du traitement proprement dit sont-elles de nature à constituer une continuité véritable dans la vie des personnes aidées? Sommes-nous en train de réintroduire une distinction entre fortunés et moins fortunés, où les premiers continueront à pouvoir se payer un rapport thérapeutique unique et continu, alors que les seconds seront privés d'un tel rapport?

RÉSUMÉ

L'incertitude qui règne dans le champ scientifique de la santé mentale, et la contestation de l'asile ont amené l'éclosion de thérapies différentes. La structure actuelle du réseau et ses lacunes font en sorte que la continuité des services recherchée par la réforme Castonguay-Nepveu n'est pas achevée. La crise économique a posé à l'État la question de la modification de la prise en charge de l'hébergement de la clientèle en santé mentale. De nouveaux intervenants communautaires participent à ce virage. À travers ces changements, qu'en est-il de la continuité des services?

SUMMARY

The uncertainty which reigns in scientific aspects of mental health and the challenging of asylums have brought about the appearance of different therapies. The present structure of the network and the gaps in it have had the result that the continuity of services sought by the Castonguay-Nepveu reform has not been achieved. The economic crisis has confronted the State with the question of the changing of responsibilities for the accommodation of mental health clientele. Some new community agents have taken part in this change of direction. Through these changes, what has in fact become of continuity in service delivery?

RESUMEN

La incertitud que reina en el campo científico de la salud mental, y la contestación del asilo han llevado a la aparición de terapéuticas diferentes. La estructura actual de la red de salud y sus lagunas hacen que la continuidad de servicios que buscaba realizar la reforma Castonguay-Nepveu no se ha cumplido. La crisis económica ha puesto al Estado frente a la necesidad de modificar la toma a cargo del albergue de la clientela de salud mental. Nuevos interventores comunitarios participan en este viraje. A través éstos cambios, ¿en que queda la continuidad de servicios?

27. Monique Ingels, *Valeur scientifique des modes d'intervention en santé mentale*, travail présenté au Secrétariat du comité de la Santé mentale du Québec, ministère des Affaires sociales, été 1982, 109 p.

28. Gaucher, D., *op. cit.*