

## Nouvelles pratiques sociales



# De l'État-providence à l'État-limite : la nouvelle politique de santé mentale du Québec

Mario Poirier, Jean Gagné and Henri Dorvil

Volume 2, Number 1, Spring 1989

Quinze mois après le Rapport Rochon

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/301036ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/301036ar>

[See table of contents](#)

### Publisher(s)

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

### ISSN

0843-4468 (print)

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

### Cite this article

Poirier, M., Gagné, J. & Dorvil, H. (1989). De l'État-providence à l'État-limite : la nouvelle politique de santé mentale du Québec. *Nouvelles pratiques sociales*, 2(1), 165–175. <https://doi.org/10.7202/301036ar>

## **De l'État-providence à l'État-limite: la nouvelle politique de santé mentale du Québec**

**Mario Poirier, Maison St-Jacques  
Jean Gagné, Maison St-Jacques  
Henri Dorvil, Département de travail social,  
Université du Québec à Montréal**

Un an après le dépôt du Rapport Harnois, le Québec s'est doté d'une nouvelle politique de santé mentale (janvier 1989). Cette politique s'inscrit dans un réseau de nouvelles politiques sociales qui vont généralement dans le même sens (Gagné, 1988; Gagné et Poirier, 1989): faire prendre du recul à l'appareil étatique en rationalisant en apparence les services mais en complexifiant en fait les structures

de recours à ces services tout en dé-responsabilisant davantage les leviers politiques du système au profit d'une gestion technocratique (loi 37 sur l'aide sociale; politique des services de garde).

Au lendemain de la publication de la nouvelle politique, plusieurs intervenants dans le champ de la santé mentale, dont l'Association des psychiatres du Québec, la Fédération des CLSC, les DSC et la CSN, s'entendaient pour en déplorer le manque de clarté quant au rôle dévolu à chacun des acteurs dans ce champ (cf. Gagnon, 1989). En fait, la *Politique de santé mentale* ressemble à un «appel d'offre». Les objectifs théoriques visés sont assez précis, mais les moyens de leur mise en place sont laissés à la dynamique particulière de chaque région et à la dynamique entre groupes d'intervenants. Cette attitude reflète moins un laxisme du ministère qu'un nouveau mode de gestion à la recherche de sa légitimité: le gouvernement attend de voir ce qui peut émerger de ces dynamiques.

Dans ce processus, le gouvernement s'appuie encore en surface sur les belles valeurs de l'État-providence, par exemple l'égalité des droits, une aide juste pour les démunis. Cependant, il instaure des mécanismes progressifs de néo-libéralisme qui déboulonnent de l'intérieur les acquis de l'État-providence. Depuis les années 60 et, subséquemment, dans la mouvance de la Commission Castonguay-Nepveu, on s'était habitué à l'idée que l'amélioration de la santé des Québécois passait par une plus large couverture en termes de services sociaux et de santé. On parle aujourd'hui d'une mentalité de «rapports marchands» introduite par l'État-providence. Selon cette conceptualisation, nous sommes devenus les clients d'un marché de la santé les citoyens «consommant» des services de santé en se confiant à un spécialiste qui a pour mission de réparer ce qui fait défaut.

Le processus actuel de l'État va au-delà d'une simple rationalisation économique puisque, somme toute, peu d'argent semble ainsi être économisé actuellement dans le champ de la santé. Il s'agit surtout de la mise en place d'un nouveau mode de gestion du social qui, dans un contexte de libéralisation des échanges commerciaux entre États (cf. libre-échange et pressions du FMI), s'aligne sur les normes des partenaires dominants, les États-Unis en particulier (Fortin, 1988). Les critères «providentialistes» d'universalité et d'équité cèdent le pas à ceux de l'efficacité et de la rentabilité, de façon à assurer en principe au Québec une place concurrentielle

pour les investisseurs locaux ou étrangers. La régulation technique de l'État, pour justifier ses nouvelles mesures, se sent cependant moralement obligée de puiser dans des valeurs de solidarité traditionnelle qui ne correspondent plus à la réalité sociale: par exemple, la loi 37 justifie l'exigence d'une contribution parentale à un enfant adulte prestataire de l'aide sociale par le fait que la famille doit s'occuper de ses enfants. L'État est ainsi pris dans une dualité fondamentale: d'un côté une rhétorique **moderniste** de dépassement de l'État-providence par un rationnel d'évolution économique (*Reaganomics*), et de l'autre côté, la justification de mesures de restriction par un rationnel **traditionnaliste**.

Cette double rhétorique, riche d'ambivalence, nous permet de constater que l'État-providence a bel et bien été dépassé par un nouveau paradigme: l'**État-limite**. Nous nommons ainsi un nouveau type d'État qui se définit par les caractéristiques suivantes: a) il succède à l'État-providence qu'on ne finit plus de tuer, chaque auteur, chaque chercheur, chaque politicien lui donnant un coup de couteau sans en assumer l'exécution comme dans **le meurtre de l'Orient Express** d'Agatha Christie; b) il se distingue par ses multiples contradictions entre pragmatisme et rhétorique, et se définit donc par une problématique bien connue en santé mentale (l'État-limite ou *borderline*) qui se caractérise par une incapacité d'intégrer les ambivalences internes et de gérer avec maturité la réalité extérieure; c) il est construit sur le postulat que la déresponsabilisation de l'État mène à une reprise en main locale et individuelle des problèmes sociaux (anti-clientélisme).

La politique de santé mentale s'insère dans une refonte du système d'aide au Québec (Gagné et Poirier, 1989). On peut résumer les principales pragmatiques de cette politique de santé mentale: a) régionalisation accrue par la remise aux CRSSS du pouvoir décisionnel général dans le développement des ressources d'intervention et de support; b) institution de comités tripartites au sein de ces CRSSS pour élaborer les plans d'organisations de services, ces comités étant constitués en trois tiers, l'un aux ressources communautaires, l'un aux ressources institutionnelles, et l'autre aux membres de la communauté; c) instauration d'un cadre général d'intervention proposant une approche biopsychosociale dans le champ de la santé mentale, proposant un partenariat de «bonne volonté» entre tous les intervenants; d) une position théorique qui place l'usager des services «au centre» des préoccupations du système; et e) un rôle de surveillance externe dévolu au ministère.

Au plan des intentions, de l'atmosphère qui s'en dégage, la politique de santé mentale puise dans un fond d'humanisme médical hérité de la première moitié du siècle. À la relation idéalisée entre bon patient et médecin chaleureux correspondent des idéaux qui essaient le texte de la nouvelle politique: partenariat entre tous les intervenants, intervention «centrée» sur le patient, etc. Un article récent d'un formateur en médecine démontre que ce questionnement de fond sur la qualité de la relation du bon médecin et de ses patients préoccupe toujours le corps médical (Gauthier, 1989). Dans les faits cependant, la médecine actuelle est de plus en plus sous le joug de la technologie et de la bureaucratie. En psychiatrie, la médication prend une place bien plus grande que la relation d'aide et cette «biologisation» de la thérapeutique semble s'accroître sans arrêt. Une partie importante de la clientèle s'est donc tournée vers les petites ressources communautaires et alternatives pour aller y chercher les contacts chaleureux et personnalisés que la psychiatrie institutionnelle ne pouvait plus leur offrir. La nostalgie d'un retour de la psychiatrie à l'humanisme médical d'antan reflète notamment une émulation et une certaine compétition face à ces petites structures qui s'en sont distinguées.

La politique de santé mentale, issue du Rapport Harnois, propose en conséquence un nouveau découpage du territoire de la santé mentale, découpage qui tout en privilégiant une rhétorique d'ouverture protège en fait une partie du territoire psychiatrique traditionnel. Ce découpage s'opère de trois façons: a) par une accentuation de la régionalisation dans un territorialisme spatial opéré à partir des CRSSS; b) par un découpage social de la clientèle qui se voit définie en termes de problématique de champ («noyau dur») ou de domaine; et c) par un découpage systémique quant aux interactions entre institutions médicales et organismes sociaux, le lien postulé entre ces systèmes s'effectuant idéalement par le biais de plans de services individualisés, plans qui servent de traits d'union pour chaque usager du système entre les divers points de service. Le quadrillage qui résulte de ce découpage détermine le positionnement des «partenaires».

En fait, ces trois manières impliquent une dynamique triplement bipolaire dans le système d'aide: des dichotomies simplistes entre «région active» (subissant une dynamique réelle de confrontation des modèles d'aide) et «région passive» (soumise à un rapport de force inégal); entre « gros cas » (psychoses relevant de la véritable

« maladie mentale ») et « cas plus légers » à caractère davantage psychosocial; et entre ressources institutionnelles médicales et ressources communautaires sociales. Ce découpage dichotomique entre ces diverses dimensions fait penser à un niveau macro-politique, à la division du monde faite par les super-grands après la seconde guerre mondiale (Yalta). Ce découpage en « sphères d'influence » se faisait au nom de la paix et du dialogue, de la rationalisation et du réalisme politique, mais se situait au-dessus de la tête des principaux intéressés sans tenir compte de la complexité des dynamismes nationaux et ethniques. Nous vivons présentement dans la géopolitique mondiale un éclatement apparent de ce paradigme issu du traité de Yalta.

Le découpage actuel du champ de la santé mentale semble tout aussi anachronique. Sous des dehors de partenariat, posé comme n'étant qu'une « question d'attitude » (*Politique de santé mentale*, p. 26), sous des dehors d'humanisme bon enfant et d'ouverture aux lieux de revendication des psychiatisés, la nouvelle politique laisse dans l'irrésolu plusieurs véritables enjeux sociaux et conceptuels entre les divers modèles d'aide des intervenants; elle laisse dans l'abstrait le pouvoir concret dont pourraient disposer les psychiatisés dans le cadre des institutions hospitalières qu'ils fréquentent. D'autre part, tout en disant privilégier les ressources communautaires en santé mentale et admettre la présence des multiples intervenants dans le champ, la politique ne remet pas vraiment en cause la dominance médicale du système et pousse même dans le sens d'un accroissement de cette dominance en privilégiant la formation des omnipraticiens. Par ailleurs, le Rapport Harnois, en faisant référence à un « noyau dur » d'irréductibles psychiatisés, véhicule le mythe des « grands cas » que seule l'institution connaît et peut gérer. Ce mythe des irréductibles « malades mentaux » constitue la justification de la survie des structures asilaires. Ces découpages intellectuels du monde (ou de ses problèmes) mènent à une négation de la réalité à l'ère de la désinstitutionnalisation.

Dans la réalité, les « psychiatisés », du champ ou du domaine, sont maintenant un peu partout: non seulement dans les hôpitaux et les structures intermédiaires, non seulement dans les structures communautaires et alternatives en santé mentale; mais aussi, de plus en plus, dans les lieux de tolérance que peuvent constituer, par exemple, des groupes d'éducation populaire, des groupes de femmes, des groupes de loisirs, etc. Ils se sont dispersés dans les lieux

sociaux, aussi bien dans les structures conçues pour les accueillir que dans les lieux publics en général. Le grand schizophrène peut acheter son lait au même dépanneur que ses intervenants.

En ce sens, la politique de santé mentale arrive en retard par rapport à la réalité sociale. Ce qui n'est pas dire que la désinstitutionnalisation soit une réussite, mais plutôt qu'elle est un état de fait. Il faut donc distinguer entre réussite et réalité. La réalité est la résultante d'une dynamique sociale qui a ses racines dans les politiques sociales des trente dernières années, alors que la réussite est une question omniprésente qui dépend de facteurs sociaux constamment en évolution: la tolérance de la communauté, l'investissement économique dans les ressources communautaires, l'éclatement du champ médical de la santé mentale, l'instauration de véritables mesures politiques d'insertion au niveau du travail et du logement. La réussite dépend ultimement de la mouvance de l'opinion publique devant le caractère **dérangeant** de certains comportements des désinstitutionnalisés.

Pour obvier aux dichotomies du champ et à l'éclatement des structures, la politique de santé mentale propose une sorte de regard «tous azimuts» de la santé mentale. L'ambivalence du système devant une réalité dérangeante est ainsi atténuée par le désir de promouvoir un type également mythique d'intervention «intégrale», omnipotente, qui a des allures de tautologie: l'intervention **bio-psychosociale**. Ce regard englobe tout et ne laisse rien échapper! Adhérer à ce cadre devient alors un acte de foi et de «bonne volonté». Dans les faits, rien ne démontre la valeur d'une telle approche, intervenants et chercheurs pouvant épiloguer durant des heures sur les composantes biologiques, sociales, psychologiques et, pourquoi pas, également théologiques ou ésotériques de la folie. L'Histoire permet de ranger tout ce qu'on veut dans ce tiroir-là. Par contre, les avantages stratégiques de ce cadre biopsychosocial sont évidents pour maintenir dans le giron médical l'ensemble des structures d'aide en santé mentale.

D'autres raisons pratiques mènent à promouvoir la dimension biologique de la déviance. La présence de fonds de recherche issus des compagnies pharmaceutiques, toujours désireuses de s'associer à des laboratoires de recherche qui veulent s'attaquer aux «causes biologiques» de la folie; les pressions des collègues (ex.: neurologues) se moquant du caractère faible, mou, préscientifique, de la recherche en santé mentale; enfin, une certaine démission sociale actuelle

face à l'abus des médicaments de tous genres pour camoufler les désarrois contemporains (Poirier et Gagné, 1988; Gagné et Poirier, 1989). Nous constituons une société qui s'adonne à nouveau au latin: valium, librium, lithium...

Un autre niveau d'ambivalence se retrouve dans le double discours de « maladie mentale » et de « santé mentale », le premier terme renvoyant *de facto* à un cadre médical (puisque la maladie en est son apanage exclusif), alors que le second se réfère à quelque chose de plus que l'absence ou la présence de maladie: à un continuum de mieux-être. Certains psychiatres ne font référence qu'à la « maladie mentale », croyant ainsi « éduquer les gens » à accepter cette problématique comme étant semblable à toutes les autres « maladies », mais protégeant également ainsi leur champ d'exercice exclusif et leur modèle d'aide (la médication). Tout devient d'ailleurs « maladie »: anxiété, sentiments dépressifs, *burnout*, alcoolisme, violence conjugale, itinérance, en fait, tout ce qui est déviance et problème (Gagné et Poirier, 1988; Gagné et Dorvil, 1988).

La désinstitutionnalisation s'est développée dans les années 60 suite à un mouvement social triple: a) l'ancrage de changements sociaux dans une ère qui s'y prêtait — la Révolution tranquille; b) la découverte des psychotropes qui permettait de rendre moins dérangeante la déviance; moins dangereux les délires (cf. largactil); et c) la croissance d'une classe de nouveaux intervenants dans le domaine de la folie, les psychiatres supplantant les religieuses dans les grandes institutions asilaires. Mais si la médecine s'est insérée dans ce champ comme un hiatus fondateur entre le mot d'ordre politique (les valeurs d'égalité, d'humanisme, de tolérance, etc.) et le mot d'ordre juridique (sécurité sociale), la psychiatrie s'est en quelque sorte coupée elle-même l'herbe sous le pied. En proclamant que la « folie » est une « maladie comme les autres », elle a permis l'éclatement du champ restreint de la pratique asilaire et l'introduction subséquente d'une multitude de nouveaux intervenants, de nouveaux modes d'intervention également. Ayant appelé l'ascenseur, ils se sont rendus compte que celui-ci se remplissait rapidement d'inconnus désireux de monter avec eux vers ces nouveaux sommets!

L'idée de la désinstitutionnalisation n'était d'ailleurs pas tant de rendre le « fou » à la cité que de le guérir; telle était du moins la promesse de la psychiatrie des années 60, armée de ses nouveaux médicaments (Laurin, 1961). Cette utopie a fait long feu. Dans les

faits, nombre de désinstitutionnalisés se sont retrouvés à l'interface de divers services *ad hoc*, sans liens structurés entre eux: urgences des hôpitaux, postes de police, hébergements d'urgence, etc. On avait « négligé » de remplacer le support jadis offert par la communauté et dont le rétrécissement, précisément, avait entraîné l'institutionnalisation, par un investissement adapté aux nouvelles conditions créées par l'industrialisation et l'urbanisation.

La psychiatrie était reconnue et encouragée par l'État dès lors qu'elle résolvait un problème posé à la légitimité de l'État moderne, à savoir: combler un vide laissé par la nouvelle éthique de respect de la liberté individuelle, vide produit par l'articulation entre l'ordre politique et la gestion juridique (Castel, 1978). Le « fou » pouvait ainsi être enfermé, pour son bien, sans que soit remise en cause l'échelle de valeurs de l'État. L'échec apparent de la désinstitutionnalisation relance en quelque sorte ce débat. Les urgences bondées, l'itinérance urbaine, la surcharge du système judiciaire par des délits mineurs en témoignent; un écart gênant demeure entre le discours social et la pratique. Le danger d'un mouvement éventuel de réinstitutionnalisation est bien réel (Poirier, 1988; Poirier et Gagné, 1988).

Si la désinstitutionnalisation s'inscrit dans un mouvement social d'éclatement du champ, elle repose sur une valeur de solidarité communautaire qui est elle-même tributaire de la tolérance des communautés, c'est-à-dire des personnes qui se distinguent de cette clientèle (Dorvil, 1987, 1988). En outre, nous vivons une période où nous devons refaire les « devoirs » de la Révolution tranquille dans ce domaine, mais avec des moyens dérisoires. En effet, dans les années 60, les investissements se sont faits massivement du côté de la pharmacothérapie. Les neuroleptiques ont contribué à la sortie des patients des asiles, ces médicaments ayant concouru à faire disparaître les symptômes actifs comme l'agitation, l'agressivité, la violence. Cependant, il aurait fallu investir également du côté social afin de combattre les symptômes passifs (retrait social, isolement, non-communication) qui empêchent toute réelle intégration. Par exemple, une période de transition aurait été nécessaire pour permettre aux psychiatisés de réapprendre les habiletés sociales perdues dans la « nuit des temps » asilaire. La désinstitutionnalisation s'est faite d'une manière brusque: la clientèle psychiatrique est passée du jour au lendemain d'un milieu nourrissant, déresponsabilisant, hors du réel à la rue avec en prime, bien souvent, une

médication qui l'abrutit (Tousignant, 1987). La désinstitutionnalisation des années 80, du moins au plan des intentions, veut aller de l'avant avec une réinsertion sociale mieux planifiée. Il ne s'agit plus de lorgner du côté de «l'impossible communauté» pour trouver le bouc émissaire à même d'expliquer les échecs de la désinstitutionnalisation, puisque la pénible réinsertion sociale du psychiatisé est en grande partie liée à la iatrogénèse institutionnelle (Poirier et Gagné, 1988).

Comme les méga-structures d'aide, dont l'asile, ont contribué à un appauvrissement des forces individuelles d'intégration ou d'adaptation sociale, il s'en trouve beaucoup pour annoncer, voire promouvoir, au plan politique, la mort de l'État-providence, souvent présenté comme agent principal de la déresponsabilisation des acteurs sociaux qu'il aurait «clientélisés». Ces critiques alimentent, justifient en apparence, une mouvance néo-libérale qui promeut justement un retour à la responsabilisation individuelle. C'est une tendance active présentement au gouvernement comme en témoigne l'adoption, malgré 1 500 groupes s'y opposant, de la loi 37 (aide sociale) sous prétexte qu'il faut créer un train de mesures qui améliorent «l'employabilité» individuelle des prestataires. L'État nous semble ainsi pris entre deux cadres de légitimation de son action, deux échelles de valeurs. Le premier cadre, toujours populaire et rentable politiquement, est celui qui a présidé à la mise en place de l'État-providence: égalité des chances, équité des services, universalité d'accès. Le second cadre, suivant une logique technicienne, promeut les notions d'efficacité et de rentabilité. Le «flou» de la nouvelle politique de santé mentale appartient, sans l'affirmer clairement, à cette nouvelle tendance. Cette tendance politique déborde d'ailleurs le cadre québécois et était prévisible depuis plusieurs années.

L'État s'est dessaisi de certaines tâches qui sont aussi bien ou mieux assumées autrement, et à un meilleur coût, tout en renforçant son monopole sur la définition des grandes options impératives, la planification de la carte d'ensemble des services, et le contrôle, *a posteriori*, de la conformité des réalisations aux objectifs qu'il a posés (Castel, 1981: 207).

Le mot d'ordre d'organisation régionale, présent dans la politique de santé mentale et dans la nouvelle politique globale de santé et de services sociaux du gouvernement, équivaut à commander de l'institution, de la communauté ou même du secteur alternatif des «offres de services» qui seront en dernière instance approuvées

et financées par le centre de décision ultime qu'est le ministère. Pour justifier cette approche, l'État tend à puiser à même une réserve de valeurs empruntées à la tradition: responsabilité familiale (loi 37; politique de santé mentale), solidarité territoriale (paroissialisme), etc. Cette base traditionnelle, tout en constituant le fond idéologique du néo-libéralisme, va à l'encontre de la réalité sociale actuelle. Les mouvements sociaux prennent présentement plutôt appui sur les micro-identités sociales pour se constituer (être femme, être jeune), plutôt que sur les solidarités traditionnelles (village, paroisse, travail). Ainsi, le lieu de réalisation de soi semble être de moins en moins le travail (devenu précaire), ou «ce que l'on fait», et s'oriente plutôt de plus en plus vers «ce que l'on est», c'est-à-dire comment on se définit en termes d'intérêts privés (Castel, 1981; Lesage, 1986). Le néo-libéralisme contemporain s'évertue à dissimuler ses ambivalences d'objectifs, de valeurs et de moyens, mais sans réussir à se créer une nouvelle légitimité cohérente avec ses politiques sociales. Nous sommes ainsi plongés dans l'ère de l'État-limite.

## Bibliographie

CASTEL, R., (1978). *L'ordre psychiatrique*, Paris, Éditions de minuit.

CASTEL, R., (1981). *La gestion des risques*, Paris, Éditions de minuit.

DORVIL, H., (1987). «La tolérance de la communauté à l'égard du malade mental», *Santé mentale au Québec*, vol. 12, no 1, 55-65.

DORVIL, H., (1988). «L'accueil différentiel de la communauté à l'égard du malade mental», *Santé mentale au Québec*, vol. 13, no 1, 105-118.

FORTIN, D., (1988). *Riches contre pauvres: deux poids, deux mesures*, Québec, Les éditions autogestionnaires.

GAGNÉ, J., (1988). «Le Rapport Harnois: une pièce de la perestroïka néo-libérale au Québec», *Revue canadienne de politique sociale*, no 22, 80-83.

GAGNÉ, J., Dorvil, H., (1988). «L'itinérance: le regard sociologique», *Revue québécoise de psychologie*, vol. 9, no 1, 63-78.

GAGNÉ, J., POIRIER, M., (1988). «La santé mentale au Québec: un champ en crise», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 1, no 1, 143-155.

GAGNÉ, J., POIRIER, M., (1989). «Nouvelle politique de santé mentale», *Relations*, no 549 (avril), 67-69.

GAGNON, M., (1989). «La nouvelle politique de santé mentale manque de clarté», *La Presse*, 17 janvier.

GAUTHIER, Y., (1989). «La médecine moderne», *Relations*, no 549 (avril), 75-77.

LAURIN, C., (1961). «La maladie mentale: un défi à notre conscience collective», Postface de J.C. Pagé, *Les fous crient au secours*, Montréal, Éditions du Jour, 145-146.

LESAGE, M., (1986). *Les vagabonds du rêve*, Montréal, Boréal.

POIRIER, M., (1988). «La santé mentale des jeunes itinérants», *Revue québécoise de psychologie*, vol. 9, no 1, 94-110.

POIRIER, M., GAGNÉ, J., (1988). «Formes de l'appauvrissement et insertion sociale des jeunes adultes psychiatisés», *Santé mentale au Québec*, vol. 13, no 2, 132-143.

TOUSIGNANT, M., (1987). «La psychiatrie interrogée», in E. Corin *et al.* (dir.), *Regards anthropologiques en psychiatrie*, Montréal, Éditions du Girame, 269-271.