

Service social



Communauté, désinstitutionnalisation et discours officiel

Jacques Roy

Volume 36, numéro 2-3, 1987

Approches intégrées

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/706358ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/706358ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

École de service social de l'Université Laval

ISSN

1708-1734 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Roy, J. (1987). Communauté, désinstitutionnalisation et discours officiel. *Service social*, 36(2-3), 197–206. <https://doi.org/10.7202/706358ar>

Tous droits réservés © Service social, 1987

Cet article est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

ÉDITORIAL

Roy, Jacques, chercheur, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval

Communauté, désinstitutionnalisation et discours officiel

Pour les années qui viennent, le Québec est promu à une désinstitutionnalisation majeure dans le champ de la santé mentale : le rapport Harnois¹ en dresse les paramètres, les contours. On y apprend notamment que, d'ici quelques années, les hôpitaux psychiatriques se délesteront de la moitié de leurs pensionnaires, phénomène non négligeable dans le contexte où les conditions de la désinstitutionnalisation sont encore largement inconnues, plutôt absentes du reste.

Le discours officiel : personne, famille et communauté

Le discours officiel fonde ses prémisses sur l'apport de la famille et de la communauté en matière de désinstitutionnalisation en santé mentale. Depuis bon nombre d'années, il s'agit d'un leitmotiv consacré officiellement par le rapport Harnois qui propose une nouvelle politique gouvernementale en matière de santé mentale : « la personne aux prises avec un problème de santé mentale, sa famille et ses proches, les différents intervenants habilités à lui venir en aide constituent ceux que nous désignons comme les acteurs principaux en santé mentale. »² Ce recentrage des services autour de la personne, de sa famille et de ses proches vise au premier chef, comme point d'appui à la réforme, le renforcement des structures communautaires et des groupes d'entraide. Ceux-ci seront, dans la perspective de la nouvelle politique, largement

mis à contribution ; le rapport Harnois propose même de doubler les budgets actuels qui leur sont accordés par l'État.³

Les nouveaux paramètres de la politique, pour généreux qu'ils soient, sont porteurs d'une tare bien connue et traditionnelle au Québec : certains postulats du discours n'ont pas été vérifiés, expérimentés, ce qui n'empêche nullement une planification complète des services mise de l'avant par les politiques gouvernementales sur des prémisses aussi fragiles. Par exemple, dans un premier temps, on a diminué de moitié, depuis vingt-cinq ans, la capacité des centres psychiatriques de soins de longue durée⁴, et, toujours sur la même lancée, dans un second temps, on a visé à « réduire de plus de la moitié la capacité globale des grands établissements psychiatriques »⁵ dans un proche avenir, si l'on s'en tient à la nouvelle version de la politique gouvernementale.

Ce nouveau discours mettant de l'avant la famille et la communauté au centre de la politique officielle tient davantage, à notre avis, d'une humeur de « croisés » que des fruits d'une expérimentation rigoureuse. Cette tare, répétons-le, n'est pas nouvelle : des auteurs ont déjà souligné la chose. Ainsi, Ellen Corin et Gilles Lauzon soulignent quant à eux le fait qu'à travers les convergences et les consensus observés ici sur des questions telles la « désinstitutionnalisation » ou « l'action communautaire », on a peu porté attention aux problèmes de signification posés par ces notions centrales : « Un premier consensus se réalise d'abord autour de la notion de désinstitutionnalisation. Quand des débats ont lieu, ils concernent rarement la signification à donner au terme. »⁶ Également, « la signification associée au qualificatif "communautaire" demeure floue. »⁷

Hubert Wallot tire dans la même direction lorsqu'il pointe du doigt le faible apport scientifique accordé aux questions relatives à la première notion : « Toutes les études semblent incapables de répondre à l'ensemble des questions entourant la désinstitutionnalisation. Avant que des raisons rhétoriques n'engendrent un revirement du mouvement de désinstitutionnalisation, lui-même né sur des bases rhétoriques, il conviendrait d'en étudier les aspects de manière scientifique. »⁸ Le même malaise persiste ; on a le sentiment que le discours véhicule une rhétorique qui tourne en rond. Peu soucieux de vérifier les postulats du discours, certains auteurs sont davantage préoccupés par son opérationnalisation ; ils deviennent ainsi les nouveaux chantres de la famille et de la communauté en santé mentale, où « la famille devient donc un centre de ressources de première importance dans l'objectif de la "communautarisation" des services. »⁹ Désormais, les deux mots sont

réunis ; on verra un peu plus loin qu'ils peuvent être des « maux », à l'occasion, dans le champ de la santé mentale.

Ce long détour nous aura permis d'introduire le contexte général dans lequel s'inscrit notre essai. Ce dernier vise à explorer certains aspects du discours officiel portant spécifiquement sur la désinstitutionnalisation et les mérites de l'apport familial et communautaire aux enjeux en santé mentale, et ce, sous deux angles complémentaires : une perspective « écologique », se rapportant aux caractéristiques des milieux, des communautés, et une perspective « culturelle », référant aux nouveaux courants sociaux influençant la famille et la communauté comme acteurs potentiels en santé mentale. Dans les deux cas, nous nous appliquerons à poser les limites de la contribution de la famille et de la communauté pour ainsi questionner les postulats du discours officiel.

Santé mentale et communauté : quand la maladie de la communauté atteint l'individu

« N'est-il pas étonnant d'apprendre, par exemple, que les mauvais résultats en mathématiques et en français, qu'un nombre anormalement élevé d'arrestations pour conduite avec facultés affaiblies, que les logements insalubres, que le nombre d'adultes condamnés, qu'une plus faible espérance de vie à la naissance, qu'une plus grande proportion des prises en charge pour délinquance et protection sociale, qu'un plus faible niveau de scolarité, qu'un revenu qui se situe sous le seuil de la pauvreté, etc., se trouvent toujours concentrés dans les mêmes territoires ! Et cette liste pourrait être beaucoup plus longue. »¹⁰ Cet extrait d'une étude réalisée par le Conseil des Affaires sociales et de la Famille du Québec illustre le fait qu'il existe un phénomène de concentration géographique des problèmes sociaux et de santé physique et mentale en regard de leur prévalence, de leur chronicité, de leur intensité. Par exemple, telle communauté locale héritera de la gamme étendue de tous les problèmes : suicides, psychoses, névroses, chômage, délinquance, dépressions, se localiseront davantage chez elle, alors que d'autres communautés afficheront un bilan fort positif sur tous les plans.

Par un examen attentif des caractéristiques des communautés locales, l'étude du C.A.S.F. a dégagé une première typologie des communautés : celles en voie de désintégration démographique et sociale (principalement les municipalités de l'arrière-pays, les centres-villes) et celles en pleine croissance démographique et économique (principalement les banlieues). Comme si nous pouvions découper la carte du Québec en deux populations, une première résidant dans les

communautés en voie de désintégration (42% de la population en 1981), chez qui s'abattent tous les problèmes sociaux et de santé physique et mentale, et la seconde évoluant dans la zone confortable au chapitre de l'état de santé.

Poursuivant son analyse des communautés, cette recherche s'est appliquée à décrire les caractéristiques de ces communautés en voie de désintégration démographique où sous-développement social et maladies mentales forment un tandem. Ces communautés donc sont confrontées à un vieillissement accéléré en raison de la mobilité géographique des jeunes et de la population adulte vers les bassins géographiques actifs sur le plan économique, ce qui accentue chez elles les traits du vieillissement et bloque la capacité de remplacement naturel de la population locale. De fait, « la relocalisation géographique de la population en âge de se reproduire apparaît donc comme le facteur explicatif le plus immédiat de la désintégration démographique des communautés. »¹¹ Conséquences dans le champ de l'action communautaire en santé mentale : diminution du support communautaire dans son ensemble, disparition des groupes bénévoles, épuisement des ressources bénévoles qui restent, isolement des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, détérioration du tissu social, dépendance marquée à l'égard des services institutionnels et médicaux.

Un communautaire aux limites du « burnout », telle serait la condition de départ des ressources bénévoles en santé mentale dans des communautés en voie de désintégration. Elles pourraient décevoir le discours officiel qui les propulse au premier rang des artisans de la désinstitutionnalisation en santé mentale. Pire encore : dans la mesure où nous souscrivons à un concept de santé définie comme étant « le résultat d'un processus d'adaptation entre l'individu et son milieu, »¹² nous pouvons concevoir que, dans certains cas, les communautés locales, loin d'être un point d'ancrage d'une politique de services en santé mentale, peuvent générer elles-mêmes un flot de clientèles qui dériveront aux portes des services institutionnels. Ce qui devrait être un acteur de promotion en santé mentale devient ainsi une source additionnelle de problèmes de santé mentale.

Cette inversion des perspectives illustre la fragilité du postulat communautaire dans le discours officiel. On a oublié que certaines communautés locales étaient elles-mêmes malades et qu'avant d'enrégimenter un bataillon de bénévoles sous la plume du discours, de son enthousiasme et de son optimisme, il faudrait supporter la communauté elle-même avant de diriger son action auprès d'individus isolés, aux prises avec des problèmes de santé mentale. Car une communauté

malade secrète des individus malades. L'exemple du centre-ville de Montréal avec sa légion d'itinérants et de sans-abri en est une illustration bien tangible : on ne peut défaire des milieux, un tissu social, et solliciter le concours de ce même milieu comme acteur principal œuvrant auprès de ceux et celles qui éclatent dans le silence de leur condition générée en bonne partie par le milieu lui-même. Dans cette perspective, mieux vaudrait reconstruire ces milieux désintégréés avant de les mettre à contribution.

De ces observations se dégage une question d'ordre épistémologique : apprend-on davantage en caractérisant les milieux plutôt que les individus ? Sans recourir à un adage du style « dis-moi de quel milieu tu viens je te dirai de quoi tu souffres », la perspective écologique, celle qui s'applique à retenir le milieu comme unité d'analyse, permet, à notre avis, d'élargir la réflexion sur les causes des problèmes de santé mentale et sur les limites posées à l'intervention communautaire en certains milieux souffrant d'inanition démographique et sociale. On le voit bien, le postulat communautaire ne se vérifie pas dans tous les milieux ; comme pan d'analyse complémentaire, en associant à la perspective écologique celle référant à la culture, on constatera que les limites du discours officiel sont plus profondes qu'elles n'y paraissaient a priori.

Civilisation du Moi, communautarisation au féminin et famille éclatée

À l'heure même où l'État désire se désengager du champ de la santé et des services sociaux, les conditions n'ont jamais été aussi bien réunies pour faire échec au transfert progressif des responsabilités de l'État vers les citoyens, les familles, les communautés locales. En effet, des facteurs tenant principalement à l'avènement de nouvelles valeurs, de modes de vie différents, s'interposent entre le discours et la réalité, créant ainsi une brèche aux objectifs de désinstitutionnalisation et de communautarisation des services en santé mentale. Portons notre regard sur certains d'entre eux.

En premier lieu, la culture d'entraide que nous connaissons jadis s'est singulièrement métamorphosée, même en milieu rural où l'entraide communautaire serait encore une marque distinctive de ce milieu. Cette culture a fait place à un individualisme montant, favorisé par de multiples facteurs dont l'extension des services de l'État. D'aucuns parlent de la culture du « Moi », d'un certain recentrage narcissique où les individus se replient sur eux-mêmes, sur leur propre condition et où

le flambeau de l'intérêt collectif est relayé à l'État et aux organismes qui le prolongent.

Bon nombre d'études ont mis en évidence ce fort mouvement d'individualisation.¹³ Évoluant à contre-courant des objectifs de communautarisation de l'action véhiculés par le discours officiel, ce mouvement d'individualisation n'est pas sans exercer une influence sur le comportement des clientèles en santé mentale et sur celui de la famille ou de l'entourage immédiat de ces dernières. Des réactions de désengagement s'observent régulièrement dans la pratique auprès des membres de la famille, des amis, des voisins, de l'entourage immédiat. Même les ressources communautaires ne sont pas toujours disponibles pour œuvrer auprès de clientèles atteintes de problèmes de santé mentale, étant parfois elles-mêmes porteuses des préjugés que la communauté adresse aux personnes aux prises avec la maladie mentale.

Cette indifférence cultivée par ce courant d'individualisme se mue parfois en luttes d'intérêts visant à ce que le cercle du confort ne soit pas entravé par des clientèles lourdes ou handicapées, sillonnant le quartier... et dévaluant le prix des résidences. Hubert Wallot, de façon fort pertinente, a su noter ce phénomène qui consiste en certaines communautés à développer des mécanismes d'exclusion de la clientèle des ex-patients psychiatriques.¹⁴ On est loin de l'entraide tous azimuts que le discours officiel se plaît à vouloir reconnaître comme voie d'avenir à coups d'incantations.

Quant à la famille, elle a beaucoup changé. D'abord en nombre : certains prédisent une société à enfants uniques. Puis en comportement : accès des femmes au marché du travail, mobilité géographique et professionnelle des enfants, mutation de la cellule familiale en une diversité de modèles dont celui des familles monoparentales et reconstituées qui sont en passe de devenir les modèles majoritaires, socialisation davantage axée sur le couple et les amis que sur les parents, les membres de la famille.¹⁵ Le référant n'est plus le même lorsqu'on parle de famille en évoquant le passé.

Dans ce contexte général, il apparaît téméraire de miser sur un support familial important en santé mentale, compte tenu de la taille et de la composition actuelle des familles et du fait que ces dernières sont également aimantées à la civilisation du « Moi » et bénéficient de ses avantages. Imaginons l'inverse, soit un nouvel engouement pour l'entraide familiale et pour le support à des membres de la famille affectés par des problèmes de santé mentale sérieux ; se poserait alors le problème du nombre : un nombre limité d'enfants, par exemple, hériterait d'une charge trop lourde en soins et services de toutes sortes devant être

prodigués à leurs parents. En effet, selon un document de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, les tendances démographiques vont nettement dans le sens d'une diminution du nombre d'enfants en proportion de l'évolution démographique des personnes âgées : « Jusqu'en 1961, le Québec comptait 30 personnes de 65 ans à 79 ans pour chaque 100 adultes de 40 à 54 ans (strate où sont concentrés les enfants des personnes âgées). Aujourd'hui, la proportion de personnes âgées est de 45 et elle passera à plus de 80 en 2031. Ces projections démographiques indiquent la diminution de la disponibilité et du soutien familial. »¹⁶

La famille, on le voit bien, est porteuse de limites importantes dans son rôle de support auprès de clientèles en santé mentale retournées dans leur milieu naturel. Un examen de la nature de ces limites s'impose à notre avis avant de lui transférer des responsabilités de soins et d'assistance qui, jadis, étaient assumées par les services publics.

Un autre volet : le phénomène de communautarisation au féminin. On entend ici le fait que les groupes bénévoles œuvrant dans le champ de la santé mentale (comme dans celui de la santé et des services sociaux en général) sont largement composés de femmes. Or, le discours « communautaire » risque de faire reposer sur leurs seules épaules tout le poids d'une nouvelle orientation axée sur le support des milieux naturels. Cette parenthèse a déjà été évoquée par des responsables de groupes et d'associations communautaires : notamment, Madame Yvette Brunet, présidente de l'Association québécoise pour la défense des droits des retraités(es) et des pré-retraités(es), dénonçait en juin 1987, auprès des membres de la Commission Rochon, cette nouvelle forme « d'incurie » du discours communautaire qui aurait pour effet de reléguer à des femmes dans les communautés des responsabilités relevant de l'État. On assisterait alors à un retour de l'histoire, où traditionnellement la responsabilité des soins aux malades était attribuée aux femmes. La contribution de la famille comme celle de la communauté empruntent les mêmes sentiers. Et le phénomène de « burnout » des individus et des ressources communautaires, susceptible d'apparaître devant l'ampleur des tâches à accomplir dans le contexte d'une désinstitutionnalisation massive, risque bien d'affecter les sexes de façon inégale.

Poussons notre analyse à un seuil limite et nous obtiendrons un effet inversé : familles et bénévoles, suite au désengagement des institutions, se verraient dans l'obligation d'assumer le support et la réinsertion de cas lourds en santé mentale ; par rétroaction, ces derniers épuiseraient à la tâche familles et bénévoles qui, sans support professionnel, sans cadre de référence départageant ce qu'ils peuvent faire et ce que les

professionnels doivent assumer, s'ajouteraient potentiellement à la liste des personnes affectées par des problèmes de santé mentale. Caricature ? Pas vraiment si l'on s'en tient à certains exemples fournis notamment par la pratique sociale.

Enfin, tel que souligné par Corin et Lauzon, il nous faut tenir compte que les dimensions culturelles portent un frein à la communautarisation des services et à la désinstitutionnalisation des clientèles en santé mentale : « Les valeurs culturelles qui prévalent dans le milieu d'origine et dans l'entourage des patients influencent tant l'amont que l'aval des hospitalisations psychiatriques¹⁷ ». Or, le trajet que nous avons parcouru nous invite à considérer que notre société, en comparaison à d'autres¹⁸, ne constitue pas d'emblée une terre fertile à l'action communautaire et au support familial. Nous partageons à cet égard la remarque des deux auteurs lorsqu'ils soulignent qu'ici « contrairement à ce que l'on observe ailleurs, les programmes sont marqués par un grand optimisme concernant la responsabilité future des individus et des collectivités par rapport à la santé mentale et à ses aléas. »¹⁹

Implications

Il faut encourager, croyons-nous, des politiques et des programmes qui vont dans le sens de l'utilisation de l'aide naturelle. Mais s'agit-il là d'un remède universel aux problèmes sociaux ? Croyons-nous que les coupures et réductions de services seront compensées automatiquement par différentes formes de support familial et communautaire ? Nous pensons devoir en mieux connaître les avantages et les inconvénients, et nous croyons que les changements devraient plutôt se produire sous la forme de projets de recherche-action que par des bouleversements sur une haute échelle.

De même, l'intervenant se doit de vérifier ses propres attitudes face au support social, d'en considérer les besoins réels, les coûts, les effets potentiels, les risques et les différentes limites. Un travail de préparation avec les bénéficiaires comme avec l'environnement est aussi nécessaire. Également, l'action communautaire se doit souvent d'avoir comme objet la communauté en elle-même, et non pas celle-ci comme nécessairement source de support.

Tout au long de cet essai, notre propos fut le suivant : le discours officiel en santé mentale, en mettant à l'avant-scène la personne, la famille et la communauté comme acteurs privilégiés, occulte largement leur réalité et leurs limites et ses postulats sont loin d'être vérifiés. Au

contraire, sous l'angle d'une perspective écologique et culturelle, des questions subsistent quant à la pertinence d'opérer un virage complet en « faveur » de la communauté et de la famille. Et cette appréhension n'est pas exclusive au champ de la santé mentale : le secteur de l'aide aux personnes âgées ou handicapées se trouve conditionné par le même courant de désinstitutionnalisation et de communautarisation des services et est porteur des mêmes limites énoncées.

C'est le propre des rhétoriques de se heurter parfois au récif de la réalité. Le discours officiel, conscrit sous la plume du rapport Harnois, en fournit une belle illustration. On a omis de vérifier certaines questions préalables, telle celle-ci : quel est le seuil d'existence et de disparition d'une communauté locale pour que celle-ci puisse être considérée comme un acteur dans le domaine de la désinstitutionnalisation en santé mentale ?

Comme on l'a vu, les différents niveaux du réseau social n'apportent pas nécessairement du support. À l'instar de Schilling II²⁰, nous croyons que des idées comme la désinstitutionnalisation et le volontariat ne doivent pas nécessairement postuler l'existence d'un vaste réservoir d'aide naturelle ; la logique séduisante et l'universalité de celle-ci risquent d'être traduites trop facilement en des politiques ignorant les complexités relationnelles et communautaires.

Notes et références

- ¹ Comité de la santé mentale, *Pour un partenariat élargi, projet de politique de santé mentale pour le Québec*, Québec, 1987.
- ² *Ibid.*, p. 54.
- ³ *Ibid.*, p. 144.
- ⁴ *Ibid.*, p. 165.
- ⁵ *Ibid.*, pp. 115-116.
- ⁶ E. CORIN et G. LAUZON, « Les évidences en question », *Santé mentale au Québec*, vol. 11, n° 1, 1986, p. 43.
- ⁷ *Ibid.*
- ⁸ H. WALLOT, « La problématique de la désinstitutionnalisation aux U.S.A. », *L'information psychiatrique*, vol. 56, n° 8, 1980, p. 962.
- ⁹ J.-M. BOUCHARD, « Désinstitutionnalisation, communautarisation des services et formation des intervenants », *Santé mentale au Québec*, vol. 11, n° 2, 1986, p. 28.

- ¹⁰ Conseil des Affaires sociales et de la Famille, *Mémoire à la Commission d'étude sur l'avenir des municipalités*, Québec, 1986, p. 4.
- ¹¹ *Ibid.*, p. 8.
- ¹² Conseil des affaires sociales et de la famille, *Objectif : Santé*, Rapport du comité d'étude sur la promotion de la santé, 1984, p. 62.
- ¹³ Conseil des affaires sociales et de la famille, *Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, 1986, p. 10.
- ¹⁴ H. WALLOT, *op. cit.*, p. 951.
- ¹⁵ En particulier, l'étude d'Andrée Fortin dans *Histoires de familles et de réseaux*, Montréal, St-Martin, 1987 ; cette étude a mis en relief trois types de socialisation des familles.
- ¹⁶ Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Dossier « Personnes âgées », Programme de consultation d'experts, Québec, 1987, pp. 57-58.
- ¹⁷ E. CORIN et G. LAUZON, *op. cit.*, p. 57.
- ¹⁸ À cet égard, l'exemple de l'Afrique Centrale dans l'article précédent se révèle probant.
- ¹⁹ *Ibid.*, p. 54.
- ²⁰ R. SCHILLING II, « Limitation of Social Support », *Social Service Review*, vol. 61, n° 1, 1987 : 19-31.