

Article

« Les C.L.S.C. et la santé mentale »

Marcel Sénéchal

Santé mentale au Québec, vol. 11, n° 1, 1986, p. 117-123.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/030324ar>

DOI: 10.7202/030324ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document 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 à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

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. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

Les C.L.S.C. et la santé mentale

*Marcel Sénéchal**

Le récent plan d'action en matière de santé mentale produit par le Ministère prévoit confier aux C.L.S.C. des responsabilités nouvelles et importantes. Faut-il applaudir ou s'en inquiéter? Les C.L.S.C. seront-ils capables de les assumer?

Dans l'exercice de leurs nouvelles tâches, les C.L.S.C. sauront-ils réserver aux communautés et aux individus la place qui leur revient? Devront-ils négliger leur mission préventive pour pouvoir offrir des interventions en période de crise, des interventions médicales et psychosociales courantes?

Enfin, les C.L.S.C. devront-ils privilégier un objectif de maintien en milieu naturel ou un objectif de retour au milieu naturel?

Autant de questions auxquelles nous tentons de répondre dans l'article ci-joint.

Les C.L.S.C. s'attendent à ce qu'une éventuelle politique de santé mentale leur réserve un rôle important. En effet, même si le traitement de la maladie mentale génère une bonne partie des dépenses reliées au système de santé, plus d'un ont constaté que les services de santé mentale étaient peu accessibles à la population du Québec, l'argent investi étant consacré majoritairement aux ressources lourdes et aux soins spécialisés. Aussi le développement d'un réseau de services de première ligne, par le biais des C.L.S.C., rencontre-t-il un nombre de plus en plus important d'adeptes.

On ne peut être surpris de constater, par conséquent, qu'un plan d'action, proposé récemment par le ministère de la Santé et des Services sociaux, veuille octroyer aux C.L.S.C. de nouvelles responsabilités. Selon cette proposition, les C.L.S.C. devraient offrir dorénavant:

- le support aux ressources communautaires;
- l'information et la promotion de la santé mentale;
- le dépistage et la prévention;
- l'accueil, l'évaluation et l'orientation;
- l'intervention médicale précoce, l'intervention psychologique et sociale courante;
- la référence;
- le support à la réinsertion sociale;
- l'intervention en période de crise (urgence).

Le Ministère propose encore qu'on dote les C.L.S.C. d'une équipe multidisciplinaire compo-

sée d'un omnipraticien, d'un psychologue, d'un travailleur social, d'une infirmière. D'autres personnes ressources du C.L.S.C. pourraient se joindre à eux, par exemple, des organisateurs communautaires et des agents de quartier. L'équipe serait responsable de l'accueil, la référence, l'intervention précoce, l'intervention en période de crise, le traitement, la réinsertion sociale, le soutien.

Puisqu'il s'agit d'un véritable plan d'action, on prévoit à court terme:

- monter l'équipe de base;
- en former les intervenants;
- établir la liaison avec les spécialistes du centre hospitalier;
- établir la liaison avec les cabinets privés et les ressources communautaires.

Faut-il applaudir à une telle proposition? Ou aurait-on lieu au contraire de s'en inquiéter? Pourquoi choisir les C.L.S.C.? Seront-ils capables d'assumer leurs nouvelles responsabilités?

L'ÉTAT-PROVIDENCE

Parmi les structures mises en place par l'État-Providence, le C.L.S.C. demeure le plus fragile. Après plus de quinze ans de réforme, non seulement les gouvernements successifs n'ont pas réussi à mettre en place un réseau complet de C.L.S.C., mais ils n'ont été capables ni d'effectuer le virage, proposé par les auteurs de la réforme, ni de consacrer à la prévention et aux services de première

* L'auteur est directeur-général du C.L.S.C. Basse-Ville¹ de Québec.

ligne les quelques millions nécessaires à la création des équipes prévues par le législateur. Près de la moitié des C.L.S.C. en place doivent assumer des mandats toujours plus exigeants tout en ne pouvant compter que sur des ressources minimales.

Au moment où on remet en question le rôle de l'État, ne risque-t-on pas que ses créations les plus fragiles soient les premières détruites? Les C.L.S.C. ont pourtant été l'un des moyens que l'État s'est donné pour rendre responsables le plus possible les communautés et les citoyens. Il faut se rappeler que ce discours sur la «responsabilisation» des individus et des groupes ne date pas des dernières années.

En effet, notre gouvernement prône sans cesse, depuis quelques années, une meilleure utilisation des ressources communautaires et, dernièrement, la privatisation. La majorité d'entre nous associons même la période de récession et de compression budgétaire avec cette nouvelle approche communautaire. Il s'agirait là d'une solution plus économique de nature à réduire la contribution financière de l'État.

Pourtant il me semble que les C.L.S.C. ont travaillé à promouvoir une approche préventive et communautaire dès leur création. Également que nos gouvernants ont prêché la prise en charge de l'autonomie dès le début des années «mille neuf cent soixante», par le lancement du slogan «Maître chez soi».

Ainsi naissait l'État-Providence. Le nouveau slogan allait inspirer nos diverses réformes, dont celles en matière d'éducation, de services de santé et de services sociaux. N'est-ce pas pour le moins paradoxal?

En même temps qu'on proposait ces objectifs à la population, on érigeait un réseau étatique monstre, dont on dit aujourd'hui qu'il est un bel exemple mondial d'une intervention audacieuse et globale de l'État. C'est qu'au Québec, l'État est vite devenu l'instrument et le symbole de la prise en charge par les citoyens de leurs propres affaires. En effet, en mettant en place un réseau impressionnant d'institutions, en créant et en formant un corps non moins impressionnant de professionnels de toutes sortes, les citoyens et citoyennes du Québec ont fait la preuve qu'ils étaient devenus maîtres chez eux. Bref, c'est souvent en se désappropriant de leurs responsabilités, au profit d'institutions et de professionnels, qu'ils ont prouvé qu'ils avaient pris leurs affaires en main! On peut donc croire que la

participation, la démocratisation et la prise en charge n'ont été des concepts rentables que pour quelques-uns d'entre nous!

Et aujourd'hui, au nom des mêmes principes et pour les mêmes raisons, on nous demande de «dégraisser» ce réseau et de reconnaître que la population a des responsabilités qu'on lui a longtemps niées... Et Bien! Il nous reste à souhaiter qu'au nom de la responsabilisation retrouvée, le Ministère décrète la nécessité de rentabiliser le réseau, de le rendre plus efficace et que, pour ce faire, décide de fusionner C.L.S.C. et C.H. au profit de ces derniers pourtant déjà gros et riches!!!

Mais trêve d'ironie! En vérité, les C.L.S.C. ne sont pas à l'abri de telles contradictions. Comment sauront-ils limiter leur expansion? Et comment pourront-ils surtout résister à cette loi qui veut que les institutions contribuent à renflouer leurs coffres, à les développer et à créer d'autres emplois professionnels.

LIMITE DE L'INTERVENTION PROFESSIONNELLE

Le développement d'un réseau de services de santé mentale de première ligne, qui aurait pour tâche notamment de promouvoir l'émergence d'interventions en provenance de la communauté, présuppose que notre société peut assumer l'intégration de ses individus les plus marginaux. Or rien n'est moins certain.

Sous le prétexte de maintenir ceux qui connaissent des difficultés d'ordre psychologique le plus longtemps possible dans leur milieu naturel, ou de les réinsérer socialement dès que possible après leur séjour en institution, se cache un autre paradoxe.

Au moment où le discours de la désinstitutionnalisation fait son petit bonhomme de chemin dans nos mentalités, au moment où nous présumons que notre société est capable d'envisager que ses marginaux puissent vivre en milieu ouvert, il me semble que nous sommes de moins en moins capables de considérer que les difficultés font aussi partie du quotidien. Certes nous voulons que les «anormaux» d'hier recouvrent leur liberté perdue, mais, en même temps, un nombre grandissant de comportements sociaux sont référés à des professionnels de tout acabit.

J'entendais, dernièrement, dans le cadre d'un reportage télévisé sur les enfants mal aimés, une animatrice interpeller en ces termes une femme qui avait accepté de témoigner :

«Ainsi donc, vous êtes passée d'un statut d'enfant mal aimée à un statut de femme en difficulté!»

Convenons qu'il y a de quoi se sentir un peu déferente.

Un organisme ayant développé une expertise en matière de prévention de la délinquance offrait récemment au C.L.S.C. de former ses professionnels à la méthode «tough love». Le document de présentation précisait que la méthode s'appliquait aux parents trop permissifs à l'égard d'adolescents qui connaissent les difficultés majeures suivantes :

- ils se font renvoyer de l'école;
- ils rentrent à la maison ivres ou drogués;
- ils empruntent de l'argent sans le rendre ou volent leurs parents;
- ils font des fugues;
- ils refusent de faire leur part de corvée;
- ils rentrent tard la nuit sans entente préalable avec leurs parents;
- ils commettent des infractions aux lois;
- ils sont violents verbalement et physiquement;
- ils ont atteints leur majorité, travaillent et ne prennent pas leurs responsabilités.

Or, je peux bien l'avouer maintenant, adolescent :

- on m'a renvoyé de l'école;
- je suis entré à la maison ivre et j'ai vu mes parents nettoyer à genoux les planchers que j'avais salis, trop malade pour les aider;
- je ne me souviens pas si j'ai rendu tous les sous que j'ai empruntés, mais je me souviens avoir soulagé la sacoche de ma mère à quelques reprises;
- j'ai souvent refusé de faire ma part de corvée;
- je suis aussi entré tard la nuit sans avoir averti d'avance mes parents;
- j'ai volé et brisé ce qui ne m'appartenait pas;
- j'ai déjà été violent autant physiquement que verbalement;
- et une fois ma majorité atteinte, je n'ai pas toujours pris mes responsabilités.

Après avoir lu ce document, je me comptais chanceux d'avoir vécu mon adolescence à une époque où j'avais pu me rendre «coupable» de la majorité de ces comportements et de quelques autres, tout en étant considéré comme un adolescent normal.

Non, je n'étais pas le «mouton noir» de la famille. Je ne vous parlerai pas de mon frère... que nous aimions tous d'ailleurs et que nous tolérions bien volontiers.

Il me semble donc que la société actuelle est plus intolérante que jamais, empressée d'intervenir pour modifier tout comportement qui ne semble pas correspondre à son idéal de santé.

Nous vivons dans un monde éclaté. Même si un sondage peut révéler que certaines valeurs ressortent parmi les autres, il n'est pas sûr qu'elles s'intègrent dans un système cohérent. Dans un tel contexte, il devient plus difficile d'accepter les autres.

Nous sommes portés à nous rapprocher de gens dont nous pensons qu'ils épousent les mêmes valeurs que nous. Nous nous réjouissons toujours de constater que d'autres adoptent les mêmes comportements que nous. De la même façon, nous sommes enclins à vouloir que les autres développent les mêmes habitudes que les nôtres et recherchent un même idéal. Nous avons un besoin légitime de sécurité. Aussi, ne comprenons-nous bien que les gens qui appartiennent à notre camp.

Mais, il y a des risques à idéaliser la santé comme nous le faisons. N'avons-nous pas tendance à nier le fait que les problèmes de santé font partie de la vie? Ainsi, si nous pouvions vider nos prisons, nos hôpitaux, nos centres d'accueil, nous le ferions. Car nous croyons trop souvent que tout problème de santé est dû au genre de société qui est la nôtre. Que si nous arrivions à modifier les rapports humains, à changer les conditions environnementales, à adopter les bonnes habitudes de vie, à bonifier les politiques et à coordonner les volontés dirigeantes nous éliminerions enfin la maladie.

En idéalisant la santé comme nous le faisons, nous en arrivons à oublier que celle-ci se définit par un équilibre toujours temporaire, plus ou moins stable. Comme idéaliser la justice équivaut souvent à rejeter la seule justice véritable, celle des hommes, nécessairement imparfaite.

À la limite, cela équivaut à rejeter ce que nous sommes, à nous désapproprier de nous-même, à nous condamner à une forme d'aliénation.

En fait, nous tenir à cet idéal nous amène à développer de plus en plus d'intolérance à l'égard de ce que nous sommes, à oublier, derrière les faiblesses et les manques, les forces de l'Homme. Car notre

attention fixée sur les seules maladies, nous fait mépriser ce qui nous éloigne de l'objectif poursuivi: soit recréer l'homme en santé, jamais agressé, jamais agressif. Mais, ce faisant, nous aurons tout mis en oeuvre pour changer ce que nous sommes, pour nous nier, pour nous agresser.

Proposer un idéal de santé qui n'a rien à voir avec la réalité, c'est par ailleurs fournir aux institutions et aux professionnels les raisons pour intervenir et tenter de corriger les nécessaires manques qu'ils croient déceler.

On peut déplorer ici l'importance qu'ont pris les soins spécialisés. On sait que l'institutionnalisation génère ses propres problèmes. Elle rend dépendante. Elle infantilise. Aussi préconisons-nous la recherche de solutions alternatives plus légères. Mais attention! intervention bénigne ne veut pas dire absence d'intervention!

Encore là, la recherche de solutions différentes n'est-elle pas, d'une certaine façon, une manière de justifier l'intervention à tout propos? Cependant, si on veut éviter l'intervention spécialisée, il vaut mieux préconiser l'intervention bénigne, préventive, précoce. Nous en arrivons cependant à considérer les individus comme des malades en puissance, justification pour intervenir avant qu'ils ne le deviennent, pour éviter qu'ils ne le deviennent. Bref: intervenir pour éviter d'intervenir.

LES C.L.S.C. ET LA SANTÉ MENTALE

Le C.L.S.C. est par ailleurs l'établissement le plus mal connu dans le réseau même. Bien qu'un sondage commandé par la Fédération des C.L.S.C. ait déjà révélé qu'une bonne majorité de la population du Québec connaît les C.L.S.C. et utilise leurs services et les apprécie, ceux-ci sont l'objet d'une ignorance inadmissible de la part de leurs partenaires du réseau.

En effet, que plusieurs s'interrogent sur le rôle des C.L.S.C. en santé mentale ne me surprend guère. On croit généralement que les C.L.S.C. n'ont pas assez d'expertise, qu'ils ne connaissent rien aux vrais problèmes, et ne traitent que les «bobos» mineurs. On leur reconnaît, à la limite, une certaine expérience dans le domaine de la prévention et de l'organisation communautaire. Ces mêmes personnes demandent combien de C.L.S.C. ont

développé un programme de santé mentale?

Il est vrai que le C.L.S.C. traite peu la maladie mentale. Mais il supporte le malade qui vit des difficultés dans son milieu familial et social. Chaque C.L.S.C. a, parmi ses usagers, des personnes qui ont vécu — ou vivent encore — des problèmes psychologiques graves et qui ont été suivies — ou le sont encore — par un psychiatre, car il arrive aussi à ces gens d'entretenir des rapports conflictuels avec leur propriétaire, leur entourage, et leurs enfants; de contracter des dettes importantes, et de mettre des enfants au monde.

Ces problèmes ou autres événements quotidiens prennent alors une importance particulière si ces personnes déjà perturbées traversent une période d'instabilité. Et le psychiatre n'étant pas toujours disponible, le professionnel de C.L.S.C. doit prendre seul des décisions importantes. Ce dernier peut ou bien se retirer ou bien intervenir au meilleur de ses connaissances. Le problème n'est donc pas, à mon avis, que le C.L.S.C. n'a pas l'habitude de telles interventions mais bien plutôt que les professionnels de C.L.S.C. prennent sur leurs épaules des responsabilités peut-être trop lourdes, lorsque le réseau s'avère incapable d'assurer l'accessibilité et la continuité des services de façon adéquate.

En outre, la détérioration de l'économie a pesé lourd dans la vie de plusieurs familles et individus du Québec. Le phénomène a généré son train de fléaux: chômage, perte de revenus, dépressions, difficultés conjugales et familiales, violence, etc. Nos difficultés d'ordre économique ont entraîné des problèmes qui ont exercé une pression certaine sur le système de santé. Conséquemment, on a pu observer que la clientèle des C.L.S.C. a évolué au cours des dernières années, qu'elle s'est «alourdie». Plusieurs d'entre eux ont dû mettre en place de nouvelles activités et renforcer leurs services de consultation, pour pouvoir venir en aide à ces personnes et familles.

Depuis toujours, les C.L.S.C. interviennent auprès de tels usagers qui, sans avoir eu recours à un suivi psychiatrique, sont confrontés aux difficultés de la vie. Ils appartiennent généralement à un des groupes cibles: jeunes, familles monoparentales, femmes désireuses de retrouver le marché du travail, assistés sociaux, personnes retraitées, personnes vivant un deuil, personnes âgées et isolées. Plusieurs programmes, mis en place par les

C.L.S.C., veulent renforcer ces personnes et les conduire à établir des rapports avec les autres. Elles sont ainsi invitées progressivement à prendre conscience qu'elles ne sont pas les seules à vivre ce genre de difficultés et à quitter leur état d'isolement. Certaines d'entre elles en viendront même à choisir de s'engager dans l'action et chercheront à modifier les conditions de vie du groupe auquel elles s'identifient, tout en assumant de mieux en mieux les contraintes qui refont parfois surface.

Quelques C.L.S.C. ont même développé des services pour venir en aide à ces milliers de gens qui ont vécu de longs séjours en milieu asilaire et qui ont été retournés dans leur communauté en vertu de décisions souvent imprévisibles. La majorité de ces ex-bénéficiaires vivent dans les centres urbains, à proximité des établissements qu'ils ont jadis fréquentés. Ils habitent des logements modestes dans des quartiers défavorisés où ils peuvent trouver une chambre à bas prix. Plusieurs d'entre eux constituent des proies faciles pour des propriétaires sans scrupules et des compagnons délinquants. L'intervention du C.L.S.C. vise généralement à habiliter davantage ces personnes à mieux administrer leur revenu, à s'alimenter convenablement et à développer un réseau social significatif.

PROBLÈMES DU SYSTÈME ACTUEL

Les C.L.S.C. sont d'ores et déjà partie intégrante du système de services de santé mentale. Je pense qu'il suffirait d'y mettre un peu d'ordre, d'en mieux intégrer les différents éléments pour que ce système soit plus efficace, sans devoir pour autant y investir des sommes d'argent considérables. L'organisation actuelle des services de santé mentale possède plusieurs lacunes, soit au plan de l'accessibilité, soit au plan de la continuité.

Mais pour pouvoir contribuer à la réinsertion sociale d'ex-patients psychiatriques et aussi offrir des services médicaux, psychologiques et sociaux aux personnes qui vivent des problèmes reliés à la maladie mentale, le C.L.S.C. a besoin de pouvoir référer rapidement ces patients aux ressources professionnelles spécialisées. Nous ne dirons jamais assez les difficultés que nous rencontrons dans ces circonstances.

Sur ce chapitre, j'ai déjà, à diverses reprises, alerté les directeurs d'hôpitaux, les chefs des départe-

tements de santé communautaire et le Conseil de la Santé et des Services sociaux, pour me faire répondre que la décision de rendre ce service accessible revenait, en dernier lieu, au psychiatre. Notre personnel référant doit aussi accepter de se faire littéralement «engueuler» et éconduire, lorsqu'il ose forcer les portes de nos établissements médicaux et permettre l'accès à des clients, perçus à ce moment-là comme indésirables.

Les demandes de référence sont nombreuses. Une personne âgée requiert une évaluation psychiatrique parce que le Centre d'accueil refuse de l'héberger et qu'elle veut profiter d'une médication appropriée. Une personne plus jeune voudra qu'on évalue son inaptitude au travail, pour pouvoir profiter d'une prestation accrue de l'aide sociale. D'autres exigent parfois une intervention rapide parce qu'ils perturbent gravement leur entourage et doivent être traités sur le champ, sinon hospitalisés. Il nous faudra alors recourir aux ordonnances de la Cour pour au moins obtenir des évaluations, dont la qualité peut être questionnée.

Auparavant, l'institut psychiatrique aura exigé que notre patient soit référé par une instance de deuxième ligne, soit le département de psychiatrie d'un hôpital. Celui-ci aura alors rétorqué qu'on doit faire affaire avec le département du centre hospitalier auquel est rattaché le département de santé communautaire dont nous sommes affiliés. Ce dernier alléguera qu'il n'en est rien, qu'une telle politique ne prévaut pas et qu'il n'a finalement pas les ressources psychiatriques pour supporter une telle politique.

Autre point important: une personne en état de crise ne doit pas refuser de recevoir les soins dont elle a besoin, parce qu'elle fournit là un prétexte dont tous se serviront pour lui refuser l'accès aux services de l'établissement. En effet, nous connaissons peu de spécialistes qui acceptent de motiver une personne afin d'intervenir.

Il arrive aussi que ces gens qui manifestent des comportements déviés et perturbateurs pour leur entourage se retrouvent en cellule, parce que les ressources psychiatriques n'acceptent pas de les examiner.

On peut donc affirmer que les C.L.S.C. doivent régulièrement évaluer des cas très difficiles pour lesquels leur compétence ne peut plus être d'un grand secours.

Par ailleurs, s'il ne nous vient pas à l'idée de nier le bien-fondé des orientations de désinstitutionnalisation adoptées par plusieurs hôpitaux psychiatriques, nous pouvons mettre en doute certaines façons de faire. Les bénéficiaires ainsi retournés en milieu naturel ont tout autant besoin de suivi et de support que les personnes âgées, handicapées ou post-hospitalisées de retour chez elles.

Vivre à son domicile et retrouver son environnement demeurent des droits incontestables que plusieurs politiques de l'État mettent de l'avant, d'autant plus qu'elles s'appuient sur une volonté de réduire les coûts reliés au système de santé.

Mais plusieurs ex-patients psychiatriques n'ont pas reçu un apprentissage et une préparation adéquates avant d'être réinsérés socialement. On n'a pas idée du choc brutal et de la gravité des problèmes engendrés par le fait qu'on retourne en milieu ouvert une personne qui, pendant des années, n'a rien eu à faire pour assurer son hygiène de base, se nourrir, s'organiser. Ces bénéficiaires sont incapables de passer d'une situation de totale dépendance à une situation inverse, où ils doivent soudain s'assumer complètement. L'alcool s'ajoute alors aux médicaments, puis les propriétaires sans scrupules, les compagnons délinquants et exploités viennent peu à peu remplacer les travailleurs sociaux, les éducateurs, les infirmières et préposés.

La désinstitutionnalisation psychiatrique favorise l'émergence de ghettos pour ex-patients psychiatriques en milieux urbains, car les communautés n'ont aucunement été préparées à intégrer une telle clientèle. On assiste à un phénomène de rejet de la part de la communauté d'accueil qui voit ainsi sa qualité de vie se détériorer, parce que l'intégration sociale s'effectue sans conditions préalables et n'est pas appuyée par des politiques d'habitation et de loisirs adéquates.

POUR UNE POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE

Il n'est pas par conséquent surprenant que les C.L.S.C. réclament une véritable politique de santé mentale.

Je suis conscient que le système de soins n'est qu'un élément susceptible d'améliorer la santé mentale de la population. Il ne constitue pas le facteur d'amélioration le plus important. Mais, il y a lieu

d'élaborer une politique qui favoriserait la mise en place d'un système intégré de services en santé mentale.

Il me semble que les psychiatres ne peuvent plus porter seuls la responsabilité d'intervenir à ce chapitre. Certaines études ont déjà démontré que les personnes vivant des difficultés d'ordre psychologique étaient trop rapidement référées aux spécialistes et aux institutions de deuxième ou de troisième ligne. Certaines distinctions s'imposent. On devrait faire appel davantage au potentiel de la personne qui consulte, à son entourage, aux forces de l'intervenant au niveau local, en donnant à ces derniers l'information et la formation les habilitant à dépister des situations à problèmes.

En ce sens, les équipes des C.L.S.C. devraient être élargies. On pourrait y introduire plus de psychologues et d'autres professionnels qui auraient une formation de base appropriée.

L'objectif premier du C.L.S.C. serait de faire en sorte que le moins de personnes possible aient à recourir aux ressources spécialisées. Et on devrait rendre les C.L.S.C. compétents avant de leur demander de prendre en charge des personnes actuellement institutionnalisées qui ne pourront compter, dans leur milieu peu organisé et préparé, sur des mesures de support dont elles auront besoin dans leur vie quotidienne.

En outre, les C.L.S.C. pourraient constituer un lieu d'expérimentation pour de nouvelles approches en santé mentale ou supporter les ressources alternatives qui poursuivraient un objectif semblable, même si certains professionnels pensent que la majorité des milieux institutionnels, dominés par le pouvoir psychiatrique, sont des milieux plus propices à ces expériences (à moins qu'ils ne pensent cela pour mieux les récupérer). Ils l'ont fait dans d'autres domaines, par leur implication dans la création de maisons de jeunes, de maisons de femmes, de garderies et autres ressources communautaires.

En conclusion, il s'agit là d'un autre défi pour les C.L.S.C. Ceux-ci ont assumé de plus en plus de rôles depuis quelques années, et ils ont connu un développement rapide. De plus, ils se sont vus transférés plusieurs dizaines de postes des Départements de santé communautaire et des Centres de services sociaux. Près de la moitié des C.L.S.C. sont d'ailleurs nés, pour ainsi dire, de ces transferts. En peu de temps, dotés d'une infrastructure des plus

fragiles, ils ont dû s'implanter et intégrer plusieurs responsabilités et ressources tout en étant les mandataires d'une mission qu'ils n'avaient pu apprivoiser.

En outre, on nourrit à leur égard d'autres attentes. Ainsi on leur demande d'être plus accessible, de devenir la porte d'entrée qu'on leur a toujours déniée lorsque les cliniques médicales privées s'implantaient par centaines. Et il fallait bien trouver un bouc émissaire pour expliquer le problème des urgences. Enfin d'autres, comme on l'a vu, prévoient leur confier des fonctions spécifiques en santé mentale. Les C.L.S.C. devront aussi multiplier les services de maintien à domicile, pour répondre aux besoins d'une population vieillissante et libérer les lits des centres hospitaliers.

Rendu à ce tournant, je ne m'étonne pas qu'un certain nombre de C.L.S.C. hésite à s'engager davantage. On ressent le besoin de faire le point, afin de ne pas être réduits à négliger certains éléments de leur mission première face aux nouvelles fonctions qu'ils s'approprient à assumer. Le défi, au fond, consiste à consolider une nouvelle pratique qui réussira à intégrer, d'une part, le développement d'habitudes de prévention et l'implication individuelle et communautaire, et, d'autre part, la nécessité de venir en aide aux gens qui vivent des problèmes réels de santé. Plusieurs C.L.S.C. y sont déjà parvenus. Il reste à déterminer les conditions

qui leur ont permis de le faire et à voir comment elles peuvent être développées ailleurs. Cette dernière démarche est déjà amorcée.

NOTE

1. Le territoire desservi par le C.L.S.C. de la Basse-Ville est composé des quartiers les plus défavorisés du centre-ville de Québec. Les taux de mortalité et d'hospitalisation battent tous les records. La population vit une série de facteurs favorisant l'émergence de problèmes sociaux et sanitaires importants.

La basse-ville s'avère être l'endroit où les logements sont les plus détériorés. Elle a le record régional pour la faiblesse des revenus et pour le taux de chômage. De plus, ce district est le moins scolarisé de la région de Québec: 43% de la population adulte n'a pu terminer la 9^e année.

La population, en pleine décroissance démographique depuis 1971, est vieillissante et est composée d'une surreprésentation des personnes hors-famille, de familles monoparentales et de personnes vivants seules. Cinq chefs de familles monoparentales sur six sont des femmes. Comme les conditions économiques vécues par les femmes sont déjà difficiles, on peut deviner que les familles monoparentales rencontrent des problèmes particulièrement aigus.

SUMMARY

The recent action plan concerning mental health produced by the Ministry foresees new and important responsibilities for the C.L.S.C. Should we cheer or worry? Will the C.L.S.C. be able to carry them out? Will the C.L.S.C., while exercising their new tasks, be able to give to communities and individuals their deserved place? Will they have to neglect their preventive mission in order to intervene in periods of crisis, in a medical and psychosocial way? Lastly, will the C.L.S.C. choose to favour an objective of maintenance or return to a natural environment? This article will try to answer those questions.