

Article

« Ressources alternatives et structures intermédiaires dans le contexte québécois »

Deena White et Céline Mercier

Santé mentale au Québec, vol. 14, n° 1, 1989, p. 69-80.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/031489ar>

DOI: 10.7202/031489ar

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

Ressources alternatives et structures intermédiaires dans le contexte québécois

Deena White*
Céline Mercier*

Au Québec, un consensus semble se dégager ces dernières années sur le besoin de développer des ressources communautaires en santé mentale. Cependant, le concept de ressources communautaires est fragmenté : il y a une distinction à établir, sur le plan conceptuel, entre ressources alternatives et structures intermédiaires. Les deux types de ressources agissent hors les murs des institutions, mais leurs objectifs sont différents de même que les moyens qu'elles proposent pour le soutien dans la communauté des personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Les tentatives pour rendre ces concepts opérationnels tendent à avoir pour effet de masquer leurs différences conceptuelles. La nouvelle politique de santé mentale du Québec, adoptée en janvier 1989, parle de «ressources communautaires» seulement et leur donne un mandat qui ne reflète pas la divergence conceptuelle entre les organisations patronnées par le réseau, et celles qui contestent la domination du réseau. Cela peut entraîner une limitation des types de services qui seront offerts au sein de la communauté, dans le contexte de la nouvelle politique.

Dans le processus d'élaboration graduelle de la première politique de santé mentale au Québec, on a assisté à des changements de discours intéressants durant les années 80. L'idée de «responsabilité du réseau» a fait place à celle de «responsabilité individuelle et communautaire»; la «complémentarité» entre les organisations a cédé le pas à la notion de «partenaires»; l'objectif de «désinstitutionnalisation» est devenu secondaire maintenant par rapport à la création d'une «gamme de ressources» dans la communauté.

Le nouveau discours suppose un consensus sur le développement des ressources en santé mentale hors des cadres institutionnels. Cependant, le concept de ressources communautaires est fragmenté : il existe une distinction assez nette entre ressources alternatives et structures intermédiaires, les deux se situant hors des institutions. Même si les deux concepts ont vu le jour en dehors du Québec, ils ont pris un sens spécifique dans le milieu québécois de la santé mentale.

On est enclin à différencier ressources alternatives et structures intermédiaires surtout à partir de leurs origines. Ainsi la ressource alternative est-elle généralement assimilée au prolongement d'une association volontaire (par exemple la Croix Blanche), d'un groupe d'action communautaire (par exemple la Maison Saint-Jacques) ou d'un mouvement collectif (par exemple Autopsy). La ressource intermédiaire, pour sa part, est un prolongement du réseau de santé publique (par exemple les appartements supervisés établis par le CSSMM). Mais le critère actuel de classification dans l'une ou l'autre catégorie n'en reste pas moins vague et ambigu.

Les ressources alternatives et les structures intermédiaires peuvent toutes deux comprendre des formes de soutien résidentielles et/ou diversement désinstitutionnalisées pour les patients psychiatriques. Les deux peuvent se réclamer d'une même idéologie, afficher des buts et des orientations semblables, s'adresser à une même clientèle. Très récemment, les deux ont risqué de prendre la forme d'organisations sans but lucratif et d'assurer la liaison, et souvent de passer contrats, avec des institutions de la santé et des services sociaux.

Il y a peu, les distinctions entre les deux étaient considérées comme insignifiantes par plusieurs. En 1984, par exemple, les revues *Artère* et *Administration hospitalière et sociale* consacrèrent des

* Deena White, Ph.D., Unité de recherche psychosociale, Centre de recherche de l'hôpital Douglas; Céline Mercier, Ph.D., Unité de recherche psychosociale, Centre de recherche de l'hôpital Douglas.

numéros aux «ressources alternatives» en santé mentale, bien que les deux parlaient davantage de ce que nous appelons maintenant structures intermédiaires. Marie-Claire Le Tourneau releva la confusion qui régnait au sujet de la terminologie à ce moment-là, mais laissa entendre qu'il s'agissait seulement d'une confusion d'ordre sémantique :

«Disons que, pour ceux qui... ont besoin de ressources alternatives... Non, communautaires... Pas tout à fait, de structures intermédiaires... Peut-être, en partie. Parlons donc alors d'un milieu de vie qui leur convienne...» (Le Tourneau, 1984, 45).

Au fait, la distinction entre ressources alternatives et structures intermédiaires est-elle vraiment oiseuse? À la même conférence où Mme Le Tourneau fit la remarque précitée, M. Réjean Cantin – alors président de l'hôpital Robert-Giffard et jusqu'à récemment sous-ministre de la Santé et des Services sociaux – posa une série de questions très pertinentes sur la responsabilité et l'aptitude à répondre aux besoins, ainsi que sur les contraintes et les changements dans le domaine de la santé mentale (Cantin, 1984, 4-5). Il réclama une politique officielle qui définirait l'orientation et l'organisation des services de santé mentale. Celles-ci semblaient liées étroitement à la relation entre les institutions et les nouveaux types de services. La distinction entre ressources alternatives et structures intermédiaires reflète précisément cette relation et davantage.

À l'heure de l'établissement au Québec d'une politique de santé mentale qui vise à promouvoir le développement des ressources dans la communauté, certaines questions ont pris un caractère urgent. Quelles sont les distinctions conceptuelles et opérationnelles entre les ressources alternatives et les structures intermédiaires dans le contexte québécois? Pourquoi cette distinction est-elle devenue courante au Québec? Est-elle significative? Ou bien, ne représente-t-elle qu'un débat faux ou superficiel, alimenté principalement par la concurrence pour les fonds? Quelles conséquences aurait le fait de maintenir la distinction ou celui de la minimiser?

Il est évident qu'un certain nombre d'acteurs sociaux sont concernés par la définition «officielle» de ces termes — professionnels, travailleurs communautaires en santé mentale, intervenants sociaux, organismes, administrateurs et gouvernement. Mais

les bénéficiaires le sont aussi, du point de vue de l'accès aux ressources, des types d'intervention disponibles et de la continuité des soins. Car ce qui se trouve en jeu ici, c'est le caractère global du système de santé mentale qui sera développé en vertu de la nouvelle politique.

L'exposé suivant tente de clarifier les implications conceptuelles et opérationnelles des ressources alternatives et des structures intermédiaires. Il se fonde sur un examen fouillé de la littérature portant sur les ressources communautaires au Québec depuis 1983, soit depuis le moment où la distinction a été élaborée publiquement. Nous avons consulté des articles de revues scientifiques, des documents gouvernementaux, des documents de travail et des rapports de conférences de diverses organisations. En complément de cette recherche, nous avons réalisé une série d'entrevues avec des intervenants dans le domaine et des observateurs qualifiés. Il est évident qu'au Québec, ces termes ont pris un sens relié à un contexte socio-politique particulier et qu'ils en tirent toute leur signification.

Le concept de «structure intermédiaire»

L'expression «ressource intermédiaire» est issue de France, où elle est devenue d'usage courant pour décrire les ressources extra-hospitalières du secteur. Les définitions proposées par J.-F. Reverzy en 1979 et par Ingels en 1984 (SMQ, 1986) sont semblables. Voici ce que dit Reverzy :

«Une structure intermédiaire est : un espace communautaire à petite échelle (en fait, un milieu de vie), inséré au maximum dans la vie sociale, et pouvant servir d'intermédiaire dans toutes les situations de rupture avec celle-ci, qu'elle procède d'un séjour en institution, d'un déracinement originel, d'une invalidation sociale ou psychiatrique ou d'une situation de détresse.» (Reverzy in Guertin et Lecomte, 1983, 6).

Pour bien comprendre les implications de cette définition, il importe de tenir compte du contexte dans lequel elle a été conçue. En France, la réforme psychiatrique vient du leadership exercé par les psychiatres progressistes dont les idées furent influencées largement par le concept de communauté thérapeutique et ceux de la psychanalyse (Corin et al., 1986). La maladie mentale chronique, selon eux, provient d'une condition intrapsychique

qui peut seulement être soulagée par une psychothérapie à long terme et un environnement thérapeutique. Les Français ont donc tendu à être aussi sensibles aux périls de la communauté qu'à ceux de l'institution pour les malades mentaux.

Dans ce contexte, les structures intermédiaires se sont développées comme des solutions de rechange, à la fois à l'hôpital et à la communauté. Elles sont considérées comme des environnements thérapeutiques pour ceux qui ne peuvent se débrouiller dans leur milieu naturel ou en sont rejetés. Mais elles n'adoptent pas le rôle de l'asile traditionnel, qui sépare l'individu de la communauté. La ressource intermédiaire établit un pont entre ces deux environnements. Il n'en reste pas moins que la réadaptation et la réintégration sociale sont généralement perçues comme subordonnées au processus psychothérapeutique à long terme.

Ces thèmes reviennent souvent dans la littérature québécoise. Malgré le consensus apparent sur le développement des ressources communautaires en santé mentale, certains manifestent des réserves face à la communauté. Lefebvre (1987) suggère qu'étant donné les caractéristiques complexes et aliénantes du Québec moderne, «il faudrait peut-être protéger les patients contre la communauté au lieu de compter sur la communauté pour les protéger» (1987, 7). Les recherches de Dorvil (1984, 1987) montrent que la communauté peut rejeter systématiquement le patient psychiatrique, de même que les ressources en santé mentale situées dans cette communauté. D'autre part, Corin et Lauzon (1984) perçoivent, dans la tendance croissante à compter sur la communauté, une tendance à banaliser la maladie mentale. Commentant à son tour cette tendance à s'éloigner de la psychiatrie pour aller vers la réadaptation, Losson (1981) signale qu'on «ne fait pas disparaître la chronicité ou la folie en faisant disparaître un témoin encombrant : l'absence d'autonomie sociale» (1981, 60).

Toutefois, il existe un fort appui pour l'expansion des divers types de ressources hors les murs des institutions psychiatriques, même parmi ceux qui émettent des réserves face à la communauté. Le besoin de faire le pont entre l'institution et le milieu naturel est vu comme un impératif, particulièrement dans le contexte actuel de la désinstitutionnalisation.

Dans cette perspective, et à partir de vastes consultations avec les spécialistes, la Commission

Rochon en est arrivée à la conception suivante des ressources intermédiaires au Québec :

«Les ressources intermédiaires ont été mises sur pied par le réseau institutionnel pour assurer la continuité des soins au patient qui a quitté le centre hospitalier. Elles permettent aux malades de se rapprocher de leur milieu naturel. Elles correspondent aussi aux nouveaux courants de pensée qui privilégient les ressources de petite taille gérées par des institutions du réseau.» (Commission d'enquête, 1986, 28).

Cette définition présente quelques similitudes avec celle de Reverzy en France. Surtout, elle distingue les ressources intermédiaires des ressources institutionnelles, en invoquant leur petite taille et leur proximité du milieu naturel ou de l'environnement social de la personne.

Il y a, néanmoins, une différence majeure : la conception française ne parle pas de relation spécifique entre la ressource intermédiaire et l'institution. Au Québec, le lien et même la subordination administrative au réseau institutionnel est une donnée centrale de la définition. Pour certains même, ce lien avec l'institution est la caractéristique majeure des ressources intermédiaires :

«Les structures intermédiaires... sont les outils que les hôpitaux se donnent pour trouver des solutions aux problèmes des urgences et des longues hospitalisations.» (Plante, 1984, 14).

Cet accent mis explicitement sur le lien institutionnel — qui n'existe pas dans la conception française originale des structures intermédiaires — provient de l'existence au Québec d'un ensemble rival de ressources communautaires, indépendantes des centres hospitaliers et de la profession psychiatrique. Ainsi, un lien qui peut être pris pour acquis dans le contexte français, où la prédominance psychiatrique n'est pas souvent contestée, devient au Québec une caractéristique distinctive.

Pour ceux qui travaillent à promouvoir les ressources intermédiaires au Québec, le lien avec les hôpitaux psychiatriques et les autres établissements professionnels du réseau importe bien davantage que pour des simples fins de définition. La façon dont le Dr. Mackay défend cette position reflète certaines valeurs en commun avec l'approche française :

«L'expertise nécessaire pour la mise sur pied et la supervision de ces structures intermédiaires

devraient émaner du milieu thérapeutique lui-même... parce que ce genre d'expertise exige des stratégies et un support professionnel qu'il serait naïf, voire malhonnête, de confier à des gens peu ou mal préparés.» (Mackay, 1984, 7).

Le concept de «ressource alternative»

À la différence du système français, où les établissements publics prédominent, les organisations communautaires aux États-Unis et en Grande-Bretagne ont souvent pris le leadership dans le secteur de la santé mentale. Le mouvement alternatif en santé publique, auquel les ressources alternatives du Québec en santé mentale se rattachent, semble avoir des origines particulièrement américaines¹. Fondamentalement, ce mouvement social formule quatre critiques à l'encontre de l'institution médicale :

1. sa médicalisation de zones de plus en plus grandes de la vie humaine (sexualité, détresse émotionnelle, etc.);
2. son incapacité à répondre adéquatement aux problèmes qu'elle s'approprie et monopolise (la santé mentale en est un exemple primordial ici);
3. son utilisation d'une technologie dispendieuse et souvent néfaste (c'est-à-dire dans la pratique psychiatrique, le traitement à l'électrochoc et les médicaments psychotropes);
4. sa négation du client rationnel et autonome, à travers la mystification à la fois du fonctionnement humain et de la pratique médicale elle-même.

La pratique alternative dans le domaine de la santé se distinguerait elle-même de la pratique institutionnelle médicale en faisant valoir une approche holistique plutôt que biomédicale, une foi dans les relations de soutien entre intervenant et client plutôt que dans les rapports de domination, l'utilisation d'un minimum d'interventions plutôt que le recours à des technologies envahissantes, et, par-dessus tout, le respect de l'intégrité, de l'autonomie et des aptitudes de la personne.

Bien qu'il fut à un moment donné assez militant et marginal, le mouvement alternatif commence maintenant à pénétrer l'institution médicale (Sailant et al., 1987). La tendance est évidente dans le cas de la psychiatrie, où, selon le nouveau consensus, le concept de «maladie mentale» cède le pas devant celui de «santé mentale». Cependant, étant

donné ses origines idéologiques, le mouvement des ressources alternatives continue de s'identifier à des positions anti-establishment et anti-professionnels. L'«alternative» qui est mise de l'avant ici n'est pas tant une solution de rechange à l'institution ou à la communauté qu'à l'institution psychiatrique, son appareil et sa technologie.

Au Québec, la relation praticien-bénéficiaire est restée un élément important dans la définition des ressources alternatives. L'idée que la personne est en fin de compte responsable d'elle-même est représentative du mouvement alternatif dans son ensemble. Elle est reprise dans la philosophie du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale :

«L'Alternative... vise à amener l'individu à se sentir responsable de ses difficultés et à prendre conscience des facteurs sociaux qui sous-tendent ses problèmes. L'Alternative, socialement engagée dans les luttes des psychiatrisés, favorise l'entraide et la solidarité comme moyen d'intervention. Ses buts sont la déprofessionnalisation, la déhiérarchisation et la participation réelle des usagers au processus de décision de leur organisme.» (Guertin et Lecomte, 1983, 5).

Cette prise de position contient une critique sévère de la psychiatrie en tant que spécialité médicale. De fait, la critique est dirigée à la fois contre l'establishment professionnel et l'establishment institutionnel, qui sont plus ou moins assimilés sur la base de leur association avec l'intervention légitimée et patronnée par l'État. Cette association de l'institution psychiatrique avec l'État est évidente dans les premières descriptions des ressources alternatives :

«Une Alternative est une solution sociale et / ou psychosociale de remplacement aux barrières inhérentes aux ressources étatiques actuelles (hôpitaux psychiatriques, départements de psychiatrie, centres d'accueil, pavillons, etc.). Ces barrières... comprennent principalement le modèle théorique prédominant (le modèle médical), le nombre de patients, la structure sociale et l'institution et l'utilisation des médicaments.» (Guertin et Lecomte, 1983, 4).

Comme dans le cas des structures intermédiaires en santé mentale, cette conceptualisation de la ressource alternative est liée à une réalité sociopolitique spécifiquement québécoise. Aux États-

Unis, la cible du mouvement alternatif est l'institution médicale. Au Québec cependant, c'est l'appareil institutionnel d'État qui semble principalement visé. Le réseau de santé publique, fonctionnant sous les auspices du ministère de la Santé et des Services sociaux, représente la légitimité, le statut et le pouvoir économique dont jouit la profession médicale aux États-Unis. Donc, au Québec, les ressources alternatives contestent l'État plus directement qu'elles ne contestent l'institution psychiatrique.

Il importe de noter que ce concept des ressources alternatives diffère non seulement du modèle américain, mais plus significativement encore de la façon dont les ressources alternatives ont été conçues en France. Le discours de Reverzy se présente ainsi :

«Selon «l'idéologie de l'Alternative» qui a pris son essor dans les années 1960, «la vie communautaire est une alternative à l'institution familiale et les communautés dites thérapeutiques une Alternative aux institutions psychiatriques.» (Reverzy et Dameron, 1979). «En ce sens, le terme alternatif réfère à des structures de support et / ou de soins situées entre le milieu familial et l'institution comme site d'intervention.» (Rowley, 1982, 4).

Dans la perspective française, donc, les ressources alternatives sont indissociables des structures intermédiaires. L'accent est placé sur le site de l'intervention plus que sur la source ou le style. En effet, c'était là le concept retenu par le Comité de la santé mentale du Québec quand il a inauguré ses travaux sur «La Place et les rôles des ressources alternatives», au début de 1984. Il a démarré avec la définition suivante :

«Les ressources Alternatives réfèrent à un ensemble de structures de support et / ou de soins situées entre le milieu naturel et le milieu institutionnel traditionnel, aidant les personnes rencontrant ou pouvant rencontrer des difficultés psychosociales et / ou psychiatriques à répondre à leurs besoins.» (Comité de la santé mentale du Québec, 1985, 10).

Toutefois, après de vastes consultations dans le milieu alternatif, cette définition fut abandonnée comme inappropriée dans le contexte québécois. Les ressources alternatives au Québec, disait-on, suivaient le courant américain, en l'adaptant à la réalité politique du Québec. À la fin de 1985, le

Comité en était arrivé à une définition très différente, qui reflétait d'abord le lien entre le réseau de santé publique et l'institution médicale, et ensuite une compréhension nuancée de la relation entre praticien et bénéficiaire :

«La ressource Alternative est un groupe, un organisme ou une corporation à but non lucratif, autonome, qui propose à la personne, dans son milieu de vie et avec sa participation, un support particulier pour acquérir et maîtriser les moyens requis pour répondre à ses besoins, compte tenu des difficultés psychosociales ou psychiatriques qu'elle rencontre ou qu'elle appréhende.» (CSMQ, 1985, 11).

Bien qu'elle soit acceptée aujourd'hui par la plupart des acteurs en santé mentale au Québec, cette définition des ressources alternatives n'est pas nécessairement interprétée de la même façon par tous. D'une part, il y a ceux qui s'attachent à une conception plus militante, conception...

«... basée sur l'approche globale de l'individu, l'autoprise en charge et le maintien dans la communauté, les ressources Alternatives remettent en question le modèle médical et psychiatrique ne pouvant répondre à l'ensemble des besoins des individus aux prises avec des problèmes de santé mentale.» (Plante, 1985, 57).

Par ailleurs, d'autres ont reconnu une place aux ressources alternatives sans accepter aucune destitution d'autorité de la profession psychiatrique. Le long passage suivant, extrait d'un texte de 1984, illustre bien cette position :

«L'émergence des mouvements dits alternatifs, créés par des organismes bénévoles, souvent par d'anciens patients psychiatriques, vient donc combler un vide réel. L'autonomie ne se restaure pas magiquement chez des personnes confrontées à des difficultés intrapsychiques et à des problèmes familiaux et sociaux majeurs. Dans cette perspective, ces mouvements présentent plusieurs avantages. Ils brisent le mur de la honte, du silence et du rejet social grâce à des processus de solidarité, de démystification et surtout par la valorisation de l'autonomie personnelle et par l'encouragement à y accéder...

Pourtant qu'on ne s'y méprenne pas. Prétendre se dispenser des apports souvent indispensables de la compétence professionnelle et de l'expérience clinique frise la fabulation, pour ne pas

dire la fraude. On ne peut alléguer sérieusement que n'importe qui peut faire n'importe quoi. Dans un domaine où les erreurs d'appréciation peuvent être extrêmement lourdes de conséquences, et parfois même fatales, il faut beaucoup d'inconscience pour mettre sur le même pied l'opinion de tous et chacun. De même, la prétention de donner un crédit égal aux différents modes thérapeutiques qui séduisent tour à tour l'opinion publique a quelque chose de fausseté démocratique et de carrément pernicieux.» (Mackay, 1984, 6).

Il appert ici que certains soutiennent les ressources alternatives en autant qu'elles constituent des groupes d'entraide et de protection des droits. Mais quand il s'agit de services thérapeutiques à fournir aux handicapés mentaux, comme les ressources alternatives prétendent le faire (Chaume, 1988), il peut y avoir de fortes résistances. Les prérogatives de la profession médicale ne sont pas contestées impunément. En conséquence, la forme la plus acceptable de ressources communautaires, selon plusieurs professionnels de l'institution, est la structure intermédiaire, dont le personnel travaille sous l'autorité fonctionnelle (si elle se trouve éloignée) du psychiatre du client. Ce point de vue est partagé non seulement par plusieurs psychiatres, mais par certains travailleurs sociaux et infirmières dont les propres prérogatives professionnelles sont typiquement liées à celles de la profession médicale.

Le concept de structures intermédiaires, alors, s'intègre plus facilement dans la philosophie courante de l'institution, qui met de l'avant la réorganisation de l'hôpital psychiatrique et l'expansion des ressources communautaires sous l'égide du réseau de la Santé et des Services sociaux. Les ressources alternatives, d'autre part, sont conçues comme indépendantes à la fois des autorités médicales et de l'État. La philosophie qui les sous-tend ne prône pas une réforme mais une transformation structurelle du secteur de la santé mentale.

Distinctions opérationnelles entre ressources alternatives et les structures intermédiaires

Les définitions opérationnelles des ressources alternatives et des structures intermédiaires ont été élaborées dans le contexte d'expériences régiona-

les et sous-régionales de développement des ressources communautaires. Ces expériences semblent refléter par-dessus tout des préoccupations d'organisation et la concurrence pour les ressources. À cause d'orientations politiques et administratives particulières, les distinctions conceptuelles entre les deux types de ressources communautaires se sont estompées. Cependant, l'issue de la «concurrence organisationnelle» fera ressortir les conséquences de la promotion d'un type de ressources plus que d'un autre, et à ce moment-là les distinctions conceptuelles retrouveront tout leur sens.

Quelles sont ces orientations politiques et administratives qui tendent à estomper les différences entre ressources alternatives et structures intermédiaires? Paradoxalement, ces différences font partie du même mouvement qui, à l'origine, a conduit à la distinction entre les deux ressources et aboutit maintenant à la reconnaissance officielle par l'État des ressources non gouvernementales en santé mentale. Un mélange de besoin, de démarchage et de succès significatifs au sein de la communauté ont d'abord suscité l'intérêt officiel pour les ressources alternatives. Assez tôt, cet intérêt s'est concentré sur la possibilité de transférer certaines responsabilités de l'État à la communauté, tout en augmentant le nombre des services disponibles aux patients psychiatriques désinstitutionnalisés. Mais rapidement, les avantages de flexibilité et d'innovation que comportaient ces petites organisations sans but lucratif se sont imposés. Il devint évident que les ressources communautaires seraient encouragées par le gouvernement aux dépens des hôpitaux psychiatriques.

Ainsi, malgré une clarification des concepts et de la distinction entre ressources alternatives et structures intermédiaires en 1983 (Guertin et Lecomte, 1983), les établissements du réseau étatique cherchaient à suivre le courant. Par exemple, le titre d'une conférence de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) en 1984 était «Les Alternatives en psychiatrie: la responsabilité des hôpitaux?». Si l'on se fie à la définition conceptuelle des ressources alternatives, il s'agissait là d'une contradiction dans les termes.

Dans un effort pour renforcer la distinction entre ressources alternatives et structures intermédiaires, le relativement nouveau «Regroupement des ressources alternatives» prit l'initiative de clarifier leurs

définitions respectives dans un «Texte de réflexion» préparé juste avant la conférence de l'AHQ mentionnée auparavant. L'élément le plus notable de cette «réflexion» était la dissociation qu'on faisait de toute organisation reliée à l'État :

«... il est opportun de dissocier les Ressources Alternatives des Ressources étatiques comme des Structures Intermédiaires... Ce type de structures, plus réduites, puise ses assises dans les modèles proposés par le réseau étatique.» (RRASMQ, 1984, 2, 3).

En revanche, le document formulait la définition suivante des ressources alternatives, qui ne reposait pas sur ce qui était «alternatif» dans leur pratique mais sur l'aspect opérationnel — une définition qui pouvait être utilisée par le gouvernement pour les distinguer aisément des établissements publics et de leurs structures intermédiaires. Voici cette définition de la ressource alternative :

«... un groupe, organisme et/ou association autonome à but non lucratif, non assujetti à la Loi des établissements publics et services sociaux. Les formes intermédiaires en sont exclues.» (RRASMQ, 1984, 5).

De cette façon, le Regroupement contribua par mégarde à l'érosion de la distinction conceptuelle entre les deux types de ressources. À partir de ce moment, en effet, le point de vue philosophique du mouvement alternatif fut rarement reconnu par d'autres, sauf pour être étiqueté d'«idéologie». Cette évolution fut poussée plus loin (encore une fois par mégarde) par le Comité de la santé mentale au Québec dans son «Avis sur les rôles et les places des ressources alternatives». Appuyant la distinction mise de l'avant par le Regroupement, le Comité identifia les ressources alternatives par leur caractère autonome :

«Par organisme autonome, nous entendons un organisme qui n'est pas établissement ou une de ses composantes au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Par structures intermédiaires, nous entendons les services de petites dimensions mis en place dans la communauté par un établissement et fonctionnant sous sa juridiction.» (CSMQ, 1985, 11).

Mais ces définitions opérationnelles n'étaient pas aussitôt acceptées qu'elles devenaient inappropriées. En 1984, le Ministère s'engageait pour la première fois dans le développement des ressources commu-

nautaires en santé mentale en y consacrant 1% du budget des hôpitaux psychiatriques de Montréal. Cette allocation, appelée «marge de manoeuvre», était administrée par des comités consultatifs sous-régionaux. Bien que la composition de ces comités a pris une «saveur» sous-régionale distinctive, les exigences de la loi voulaient qu'y soient représentés les établissements du réseau étatique en santé mentale, ainsi qu'au moins un représentant de la «communauté». Cette politique entraîna le développement rapide d'organisations à but non lucratif au sein de la communauté, comme on l'avait voulu. Mais la plupart de ces nouvelles ressources, quoique mises sur pied comme organismes à but non lucratif, furent néanmoins patronnées par le réseau étatique (Morin, 1986) : tout en restant indépendantes sur le plan administratif, elles se retrouvèrent liées fonctionnellement et contractuellement avec les institutions.

L'ambiguïté conceptuelle était à l'origine de cette situation. La définition opérationnelle des ressources alternatives comme organismes autonomes sur le plan de l'organisation ne servait plus à distinguer entre ressources alternatives et structures intermédiaires. Toute ressource établie comme organisme sans but lucratif au sein de la communauté devenait légitimement admissible au financement en vertu de la «marge de manoeuvre». Paul Morin, représentant du Regroupement des ressources alternatives, prétendit que seulement 1% du budget désigné servait à la création de ressources alternatives (1986, 90). D'autre part, Nicole Fontaine et Raymond Rochette, représentant du Conseil régional, affirmèrent que la totalité du budget était consacrée à la consolidation et au développement des ressources «communautaires» (1986, 85).

De toute évidence, avec la mise en pratique des concepts, une occasion s'offrait de rejeter ou d'atténuer la distinction entre ressources alternatives et structures intermédiaires. Même la commission Rochon, après de vastes consultations sur le terrain, en arriva à cette distinction purement administrative :

«Les ressources communautaires sont celles qui voient le jour sous l'égide de groupes concernés par l'entraide sociale... Connues aussi sous le vocable de ressources alternatives, elles se proposent d'offrir aux personnes atteintes de troubles mentaux une alternative au réseau institu-

tionnel. Elles peuvent offrir les mêmes services que les ressources intermédiaires mais ne sont pas gérées de la même façon.» (Commission Rochon, 1986, 31).

Aujourd'hui, pour des raisons d'efficacité, de flexibilité et d'idéologie, l'entente contractuelle avec des organisations indépendantes administrativement est devenue une méthode préférée d'établir des services publics. Mais il y a une autre ombre au tableau dans cette évolution en ce qui concerne les ressources en santé mentale : tant que les différences conceptuelles entre ressources alternatives et ressources intermédiaires resteront estompées, la promotion des «ressources communautaires» n'entraînera pas forcément un déplacement de pouvoir hors du réseau étatique et de l'institution professionnelle qu'il soutient. Toutefois, pour ce qui est du genre de système qui émergera pour servir ceux qui ont besoin du soutien communautaire, c'est ce déplacement de pouvoir — réalisé ou non qui sera, en dernier ressort, d'importance primordiale.

Pour ce qui est des objectifs, il apparaît clairement que certaines ressources sont conçues pour aider à passer de l'institution à la communauté, ou pour offrir aux patients psychiatriques un arrangement plus approprié et à plus long terme que celui qui leur avait été offert jusque-là. Ces ressources sont étroitement liées aux institutions et aux professionnels qui ont traité le patient et à qui on peut recourir encore en cas de crise ou d'échec du placement. Divers niveaux de structure, de supervision et de services de soutien sont offerts, d'habitude. Ils représentent une façon d'assurer la continuité des soins pour les patients psychiatriques chroniques en les gardant en contact avec le système, tout en leur offrant un encadrement plus flexible et un large éventail de services.

Par contraste, l'objectif de la plupart des ressources alternatives est de voir au développement psychosocial et à la réhabilitation des personnes dans la communauté. Ce but comprend souvent l'encouragement à une moindre dépendance à l'égard des interventions médicales qu'il s'agisse des prescriptions de neuroleptiques ou des recours répétés à l'hospitalisation. L'hôpital et les ressources qui y sont liées sont perçus comme orientés davantage vers la protection et la garde que le traitement, ce qui encourage la passivité et la dépendance. Dans les ressources alternatives, l'accent est moins placé

sur la protection et un environnement de vie approprié, et davantage sur le développement psychosocial et une autonomie croissante. La prise en charge de soi, la thérapie de groupe et le soutien social en sont les moyens préférés. La décision d'y participer n'est pas prise par un travailleur social ou un psychiatre dans le contexte d'un plan de services, mais par la personne elle-même, qui doit alors agir en fonction d'objectifs personnels.

Ces différences ne manquent pas d'avoir certaines conséquences sur le plan de l'organisation, non seulement en ce qui concerne le genre de liens que les ressources alternatives peuvent créer avec l'institution, mais aussi eu égard à la place du bénéficiaire au sein de la ressource. Le Comité sur les ressources communautaires du Ministère a tenté de rendre opérationnelles les définitions des deux types de ressources en tenant compte de ces questions :

«Pour éviter toute ambiguïté, notons que lorsqu'employé, le terme «organisme communautaire ou ressource alternative» correspond aux caractéristiques communes qui sont les suivantes :

Un organisme autonome, incorporé, sans but lucratif, qui émerge de la communauté et dont le conseil d'administration est composé majoritairement d'usagers ou de membres de la communauté. Les critères d'admissibilité aux services ne sont pas limités par un système de référence unique. L'admissibilité est donc ouverte à l'ensemble de la communauté.

De cette façon, les ressources communautaires sont distinctes des ressources intermédiaires qui sont également des structures légères, mais mises en place par les établissements du réseau et conservent de par ce fait des liens fonctionnels privilégiés ou exclusifs avec ceux-ci.» (Comité sur les ressources communautaires en santé mentale, MSSS, 1987, 1).

Ces définitions opérationnelles restaurent la «raison d'être» des deux types de ressources, l'alternative et l'intermédiaire. La première se caractérise par une transformation de la relation bénéficiaire-travailleur, et la seconde par une transformation de la relation réseau-ressources. Ainsi, la première suppose un changement dans la forme et le contenu des interventions, tandis que la seconde concerne surtout un changement dans l'organisation et l'emplacement des services. Ces définitions en revien-

nent aux distinctions conceptuelles entre les deux types de ressources ; elles suggèrent les différences qu'on pourrait s'attendre à trouver dans le système de santé mentale, où un type de ressources se développe aux dépens de l'autre.

Les ressources communautaires dans la politique de santé mentale du Québec

Dans la nouvelle politique de santé mentale du Québec, il y a peu d'indices que ces implications soient reconnues. Non seulement les termes « alternatif » et « intermédiaire » n'y sont pas mentionnés, mais aucune distinction n'y est faite sur la base d'un quelconque autre vocabulaire. On y retrouve plutôt une compression de toutes les organisations communautaires en santé mentale dans une seule catégorie : les ressources communautaires.

La définition officielle des ressources communautaires coïncide à certains égards avec celle qui est proposée pour les ressources alternatives par le Comité sur les ressources communautaires en santé mentale du Ministère (1987, 1). Mais par d'autres aspects importants, elle ne correspond pas. La nouvelle politique mentionne quatre critères (MSSS, 1989, 49-50):

1. que la communauté soit à l'origine de la ressource ;
2. que l'organisation soit sans but lucratif ;
3. qu'elle soit autonome dans son orientation et sa pratique, et que son conseil d'administration comprenne en majorité des usagers des services et / ou des gens du milieu ;
4. qu'au moins quelque soutien, d'ordre financier ou autre, soit fourni par la communauté.

Il y a un élément qui manque dans cette définition et qui est significatif dans la distinction entre ressources alternatives et structures intermédiaires : le critère d'accessibilité. On ne stipule pas que la ressource communautaire doit être ouverte à quiconque dans la communauté, sans restriction à un système donné de référence. Mais il importe de noter également que la définition du Comité était particulièrement lourde de sens dans la mesure où elle précisait ce que n'était pas une ressource communautaire : ceux qui maintiennent des liens privilégiés ou exclusifs et fonctionnels avec le réseau. Il est concevable que sous certaines conditions, non seulement les structures intermédiaires mais même

les CLSC puissent être classés comme ressources communautaires selon les termes de la nouvelle politique.

Cette politique donne un appui apparent à la promotion des ressources communautaires. On postule que nul groupe professionnel ou type d'organisation ne devrait être favorisé ou limité par la loi à fournir des services particuliers ; on veut plutôt encourager la flexibilité et la capacité d'adaptation aux besoins de la personne à l'intérieur du système. Cette orientation pourrait avoir ouvert la porte à une participation plus active d'organisations hors réseau et para-professionnelles.

Cependant, la nouvelle politique propose un « mandat » aux ressources communautaires : prévention, réhabilitation et réintégration sociale (MSSS, 1989, 50). Ce faisant, elle va au delà d'une conception purement administrative de la ressource communautaire et pénètre dans le domaine de la pratique. Elle se trouve, en effet, à limiter la pratique des ressources communautaires, telles qu'elles sont définies, à certaines dimensions des soins aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale.

La politique reconnaît six dimensions à l'éventail des services de santé mentale fournis dans chaque région du Québec : information, promotion et prévention, services de base, traitement spécialisé, soutien aux familles et, enfin, réadaptation et réintégration (MSSS, 1989, 39). Le « soutien aux familles » n'est pas inclus dans le mandat des organisations communautaires, malgré que certaines ressources alternatives aient été mises sur pied par des parents (par exemple, ALPABEM à Laval). De façon plus significative même, le fait de donner un mandat aux ressources communautaires laisse de côté la reconnaissance de leur contribution à la prestation de « Services de base » et de « traitement spécialisé ».

Parmi les « services de base » mentionnés, il y a l'intervention en cas de crise (MSSS, 1989, 42). On fait remarquer que les travailleurs de crise doivent avoir accès à l'expertise psychosociale et aux services de traitement. Cela appelle deux observations : d'abord, les ressources alternatives, ou plutôt communautaires, ne sont pas, selon toute apparence, considérées comme engagées dans la prestation de services de base comme l'intervention en cas de crise ; ce qui n'est pas conforme à la réalité de certaines ressources alternatives (par exemple, TRACOM à Montréal). Ensuite, bien que l'exper-

tise médicale ou pharmaceutique puisse être concentrée dans les hôpitaux, plusieurs diraient que l'expertise psychosociale doit se trouver précisément au sein des centres de crise, que ceux-ci soient gérés par le réseau ou par la communauté.

En ce qui concerne le traitement spécialisé, le même genre de contradictions se fait jour. On ne reconnaît pas aux ressources communautaires ou alternatives un rôle de réponse à l'urgence psychiatrique (centres de crise?), ni pour le traitement à court ou à long terme des personnes souffrant de troubles mentaux. Parmi les «diverses thérapies» auxquelles les personnes devraient avoir accès, celles que fournissent les ressources communautaires — les nombreuses formes d'entraide, de thérapie de groupe et les communautés thérapeutiques notamment — ne font pas partie du mandat spécifié et risquent donc de ne pas être reconnues.

Quel est donc, somme toute, l'apport de la nouvelle politique de santé mentale en ce qui concerne la définition des ressources communautaires? Elle rejette une distinction entre ressources alternatives et structures intermédiaires, préférant plutôt reconnaître que les ressources communautaires reflètent certaines caractéristiques administratives associées précédemment aux ressources alternatives. Néanmoins, elle franchit un nouveau pas. Elle avance sa propre définition conceptuelle des ressources communautaires, définition qui dépouille les ressources alternatives de leur spécificité conceptuelle. Celles-ci, à qui on refuse un rôle reconnu de prestation de services de base et de thérapie, ne présentent plus dès lors une «alternative» à l'approche médicalisée de la maladie mentale, mais un complément.

Conclusion

Il existe encore des résistances à la promotion officielle des ressources alternatives en santé mentale. Une politique par laquelle ces ressources seraient considérées comme des alternatives réelles aux soins médicaux en santé mentale, entraînerait non seulement la perte d'un monopole dans le domaine des établissements du réseau étatique, mais aussi une perte de statut pour l'institution psychiatrique et son environnement. La reconnaissance et la promotion officielles des ressources alternatives légitimeraient implicitement les formes non médi-

cales d'intervention dans ce qui est considéré sans équivoque comme un domaine médical.

D'autre part, nombre d'attributs conceptuels des ressources alternatives sont mis en valeur dans la nouvelle politique québécoise : placer la personne au centre, encourager la diversité et la flexibilité pour répondre aux besoins individuels, s'opposer à un système normatif centralisé, mettre l'accent sur les composantes psychodéveloppementales et psychosociales des soins de santé mentale. Mais ces orientations sont mises de l'avant, semble-t-il, pour le réseau public. En outre, bien que la politique affirme que les services publics doivent être considérés comme un complément à ceux qui sont fournis dans le milieu naturel et la communauté (MSSS, 1989, 49), le mandat limité reconnu aux ressources communautaires dément cette affirmation.

Le rapport Harnois, sur lequel s'est fondée la politique de santé mentale du Québec, favorisait la distinction entre structures intermédiaires et ressources alternatives, ainsi que la promotion des deux types de ressources pour assurer une «gamme complète» de services aux personnes qui en ont besoin. Il était tout à fait évident qu'on prévoyait financer les structures intermédiaires à partir du budget du réseau étatique, de préférence par des ententes contractuelles avec des organisations créées par le réseau mais indépendantes administrativement. Les ressources alternatives, pour leur part, seraient financées par de nouveaux fonds alloués pour le développement des ressources communautaires.

La nouvelle politique ignore la distinction entre les deux types de ressources communautaires. Concurrentement à cette dérobade conceptuelle et opérationnelle, toute distinction dans le financement est écartée. En général, toutes les ressources communautaires seront financées par des périodes de trois ans, selon des paramètres déterminés à l'avance, à partir du budget global de chaque région (MSSS, 1989, 50). Au lieu de faire en sorte que les ressources alternatives obtiennent leur juste part du budget, comme le rapport Harnois le recommandait, cette politique élargit simplement le mandat des conseils régionaux pour y inclure la budgétisation des ressources communautaires.

Cela nous amène à une autre mise en garde en ce qui a trait à la politique. Le rapport Harnois soulevait certaines questions relatives au rôle des res-

sources communautaires dans le système de santé mentale :

«À l'autonomie qu'elles conservent vient se greffer la question de leurs responsabilités... leur vocation communautaire, qui s'exerce «ailleurs et autrement», implique aussi leur insertion dans un réseau de services.» (MSSS, 1987, 84).

Cette remarque avait une double visée. D'une part, elle avertissait les ressources alternatives qu'une participation légitime dans le secteur de la santé mentale va de pair avec l'acceptation de certaines règles du jeu. Les exigences à respecter seraient la mise en place de procédures d'évaluation et la collaboration avec d'autres organismes — publics ou sans but lucratif.

D'autre part, elle mettait en garde contre trop d'optimisme au sujet des ressources alternatives. En décidant qui est responsable en dernier ressort pour ce qui se passe dans les ressources alternatives, et ce qu'on entend par leur «insertion dans le réseau», la négation de leur particularité conceptuelle restait toujours possible.

La nouvelle politique a trouvé que ces questions étaient bien fondées. Non seulement le Conseil régional est-il responsable du financement des ressources communautaires, mais il s'en chargera par des ententes stipulant les services à fournir (MSSS, 1989, 50). Quelles en seront les conséquences pour l'indépendance dans l'orientation et la pratique? Et pour fournir des réponses flexibles et innovatrices aux problèmes individuels?

Les établissements du réseau ont un plus grand intérêt à voir se développer les structures intermédiaires plutôt que les ressources alternatives. À travers les structures intermédiaires, ils peuvent garder le contrôle budgétaire — en même temps que s'assurer de l'accès privilégié ou exclusif à la ressource. Des exigences opérationnelles comme la nomination d'une majorité de «membres de la communauté» aux conseils d'administration, peuvent facilement se concrétiser, et ne sont pas incompatibles avec ce que sont essentiellement les structures intermédiaires.

L'importance de conserver les distinctions conceptuelles entre ressources alternatives et structures intermédiaires réside dans l'objectif d'assurer une gamme complète de services pour les personnes au sein de la communauté. La négation des différences entre les deux types de ressources mènera

inévitablement à la promotion d'un type aux dépens de l'autre — c'est-à-dire au développement d'un modèle particulier d'intervention, à la détermination d'un secteur cible particulier dans la population, et au contrôle de l'accessibilité et de la pratique qui en vienne à limiter les choix offerts aux personnes atteintes des troubles mentaux.

La question n'est pas qu'un type de ressources est «meilleur» que l'autre et qu'il devrait remplacer l'autre. De fait, c'est là une conclusion qu'il faut éviter. Le problème est plutôt qu'en niant leurs différences conceptuelles et opérationnelles, les deux types de ressources cessent d'exister.

Il n'y aura plus qu'une catégorie de ressources communautaires, et la «gamme complète» des services sera limitée conformément aux plus puissants intérêts au sein de cette catégorie. Dans le contexte de la nouvelle politique de santé mentale du Québec, on pourrait bien être en train de voir (encore) la promotion de l'uniformité et de la rigidité, au nom de la diversité et de l'innovation.

Note

1. En Grande-Bretagne, le mouvement n'a pas été aussi politisé qu'aux États-Unis ou au Québec. Particulièrement dans le domaine de la santé mentale, il y a une longue tradition de participation et même de leadership de la part d'organisations non gouvernementales — un rôle qui est accepté et promu même par le gouvernement et les membres des institutions publiques. Il semble que les ressources alternatives en santé mentale au Québec revendiqueraient ultimement un semblable statut ici, puisqu'elles s'opposent au système privatisé des États-Unis.

Références

- Association des centres de services sociaux du Québec, 1988, *Cadre de référence sur les ressources intermédiaires dans les centres de services sociaux du Québec*, mai.
- Boivin, R., 1988, *Histoire de la clinique des citoyens de Saint Jacques (1968-1988) : des comités de citoyens au CLSC Plateau Mont-Royal*, VLB Editeur, Montréal.
- Cantin, R., 1984, Les ressources alternatives : la responsabilité des hôpitaux, *Artère*, II, 6, 4-5.
- Chaume, C., 1988, *Les pratiques alternatives en santé mentale au Québec : un portrait de notre différence*, Regroupement des ressources alternatives du Québec, Montréal.
- Comité sur les ressources communautaires en santé mentale, 1987, *Proposition d'un cadre de référence sur les ressources communautaires en santé mentale*, document de travail du ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre.

- Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1986, *Dossier «Santé mentale»*, Programme de consultation d'experts, octobre.
- Corin, E., Lauzon, G., 1986, Les évidences en question, *Santé mentale au Québec*, XI, no. 1, 42-58.
- Corin, E., Tessier, L., Séguin-Tremblay, G., 1986, *Sortir de l'asile? Des politiques et des pratiques en pays étrangers*, Comité de la santé mentale du Québec, Les Publications du Québec.
- Dorvil, H., 1984, Les Ressources alternatives au C.H. Louis-H. Lafontaine, *Administration hospitalière et sociale*, novembre-décembre, 31-41.
- Dorvil, H., 1987, La tolérance de la communauté à l'égard du malade mental, *Santé mentale au Québec*, XII, no. 1, 55-65.
- Fontaine, N., Rochette, R., 1986, Ailleurs et autrement... mais comment?, *Santé mentale au Québec*, XI, no. 2, 75-88.
- Guertin, M., Lecomte, Y., 1983, Éditorial : Structures intermédiaires ou alternatives, *Santé mentale au Québec*, VIII, no. 1, 3-6.
- Harnois, G. et al., 1987, *Pour un partenariat en santé mentale*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Harnois, G. et al., 1985, *Santé mentale : rôles et place des ressources alternatives*, Comité de la santé mentale du Québec, Québec.
- Lefebvre, Y., 1987, Éditorial : jalons pour une problématique québécoise de la désinstitutionnalisation, *Santé mentale au Québec*, XII, no. 1, 5-13.
- Losson, J.P., 1981, Réflexions sur l'importance et le rôle de l'hôpital psychiatrique dans une psychiatrie contemporaine, *Santé mentale au Québec*, VI, no. 2, 55-60.
- Le Tourneux, M.C., 1984, Les Alternatives : une expérience en cours dans la sous-région est de Montréal, *Administration hospitalière et sociale*, novembre-décembre, 45-48.
- Mackay, J., 1984, Cité par Suzanne Blanchet, Ressources alternatives ou institutionnelles en psychiatrie? Le choc du futur, *Artère*, II, no. 6, 6-7.
- Ministère de la santé et des services sociaux, 1989, *Politique de santé mentale*, Publications du Québec.
- Morin, P., 1986, Main basse sur les ressources alternatives, *Santé mentale au Québec*, XI, no. 2, 89-94.
- Plante, M., 1984, *Document de réflexion en santé mentale*, document de travail inédit.
- Plante, M., 1984, citée par Suzanne Blanchet, La guerre des mots n'aura pas lieu, *Artère*, II, no. 6, 9-14.
- Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, 1984, *Texte de réflexion sur les ressources alternatives en santé mentale*, document de travail, mars.
- Reverzy, J.F., 1979, Actualité des structures intermédiaires, *Transitions*, 1, 34-39.
- Rowley, D., 1982, *Ressources alternatives en santé mentale*, Travail présenté au Secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec.
- Saillant, F., Rousseau, N., Lavergne, M., 1987, Notes pour une définition des pratiques alternatives et des thérapies douces au Québec, *Santé mentale au Québec*, XII, no. 1, 20-28.

SUMMARY

In Québec, a consensus appears to have developed over the last few years around the need to develop community-based resources in mental health. However, the concept of community resources is fragmented: there is a conceptual distinction between Alternative and Intermediary Resources, both of which are located outside the walls of the institution, but which have different objectives, and suggest different means for supporting the mentally disturbed in the community. Attempts to operationalize these concepts have tended to have the effect of masking their conceptual particularity. In this article, the conceptual distinctions — as they have developed in the Québec context — are clarified, and the implications of erasing them are discussed.