

Article

« La politique de santé mentale et la communautarisation des services »

Céline Mercier et Deena White

Santé mentale au Québec, vol. 20, n° 1, 1995, p. 17-30.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032330ar>

DOI: 10.7202/032330ar

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



La politique de santé mentale et la communautarisation des services

Céline Mercier*
Deena White**

Dans cet article, la politique de santé mentale est vue comme un élément charnière de la réforme des «services psychiatriques» amorcée au Québec dans les années 70. Nous y faisons l'hypothèse que le discours communautaire a joué un rôle fondamental dans cette réforme et qu'il en a lui-même été profondément affecté. Dans cette perspective, les effets de la politique et de la réforme sont discutés suivant un double point de vue, celui des formes de la communautarisation des services et celui du destin du discours communautaire dans le cours du processus de réforme.

La politique de santé mentale constitue un élément charnière de la réforme plus générale des «services psychiatriques» amorcée, au Québec, dans les années 70. L'histoire et l'analyse de la réforme ont déjà été faites (Boudreau, 1987, 1991; White et Mercier, 1991), mais pour comprendre l'impact de la politique, il faut en saisir l'insertion dans le mouvement de réforme. De même, la communautarisation des services ne se réfère pas uniquement au déploiement de services et de ressources dans la communauté, elle s'inscrit aussi dans l'histoire du mouvement alternatif communautaire.

Dans ce cadre de référence, l'apport particulier de la politique de santé mentale aura été, à l'instar de toute politique, d'ancrer un certain

* Directrice de l'Unité de recherche psychosociale de l'hôpital Douglas et professeure agrégée à l'Université McGill.

** Professeure agrégée au Département de sociologie de l'Université de Montréal et chercheure au GRASP.

Les auteures souhaitent remercier les nombreuses personnes qui ont généreusement accepté d'être interrogées et de nous aider de diverses façons, notamment en mettant des documents à notre disposition. Elles sont les principales sources des données sur lesquelles repose cette étude. Mais l'interprétation de ces données relève de la seule responsabilité des auteures. Nous tenons à remercier également Francine Desbiens pour la conduite des entrevues, Marie-Claude Roberge pour le travail terrain, de même que les réviseurs anonymes pour leurs commentaires judicieux.

nombre d'objectifs dans un discours consensuel qui soit applicable à tous les niveaux d'action – planification, prestation des services, pratiques d'intervention – et qui puisse réunir par sa valeur symbolique l'ensemble des acteurs. Nous faisons l'hypothèse que c'est précisément le discours sur le communautaire qui a joué ce rôle mobilisateur dans la réforme québécoise des services de santé mentale, et que ce discours en a lui-même été profondément affecté. Aussi, les effets de la politique et de la réforme sur la communautarisation des services ne sont-ils pas à rechercher uniquement dans les changements apportés aux structures organisationnelles ou dans le développement des services et des ressources. Il s'agit de considérer aussi quel rôle la réforme a eu dans l'émergence d'un discours communautaire «consensuel» relié à la politique, et quel aura été le destin, dans ce processus, du discours communautaire alternatif à l'origine de la réforme.

Méthodologie

Les données ont été ici recueillies dans le cadre d'une recherche sur le processus d'implantation de la politique québécoise de santé mentale (White et al., 1994)¹. Cette recherche s'intéressait principalement : 1) au développement des ressources communautaires dans le cadre de la réforme; 2) à la réallocation des fonds institutionnels à des ressources dans la communauté et 3) au processus de décentralisation. Elle a été réalisée suivant un devis d'études de cas multiples, avec une dimension longitudinale (rétrospective et temps réel) couvrant la période de 1980 à 1993, et une dimension transversale découlant de la comparaison entre cinq sites d'implantation.

Le corpus de la recherche est constitué des transcriptions (2,500 pages à simple interligne) de 42 entretiens semi-structurés effectués avec des acteurs clés impliqués dans l'implantation de la politique dans cinq sous-régions: Ouest de Montréal; Châteauguay et Saint-Jean en Montérégie; Québec-Centre; et Rivière Gatineau dans l'Outaouais. Six entrevues ont aussi été réalisées auprès du personnel permanent du ministère. L'équipe de recherche a aussi participé aux réunions des comités tripartites, et dépouillé des centaines de documents: comptes-rendus de réunions de commissions administratives et de divers sous-comités, correspondance, documents internes, études préparatoires aux Plans régionaux d'organisation des services (PROS). Ces données ne sont pas directement rapportées ici. Elles servent plutôt à étayer une réflexion quant au premier objectif de la recherche, soit le développement des ressources communautaires dans le cadre de la réforme et de la politique².

Le mouvement vers la communautarisation des services

Le réforme québécoise s'inscrit dans un contexte général de prolifération des manifestations du secteur communautaire, laquelle entraîne un éclatement du sens donné au terme d'organisme communautaire. Dans le domaine de la santé mentale, on observe une tendance générale, au plan international, vers une réorganisation marquée par l'abandon des structures asilaires et le déploiement des services dans le milieu naturel. Dans ce mouvement, il n'est pas facile d'identifier des référents stables qui permettraient de définir exactement «de quoi l'on parle».

Ainsi, la notion d'organisme communautaire fait référence à un ensemble très vaste et diversifié d'organisations qui reposent sur l'action volontaire et autonome des groupes sociaux situés en dehors de l'État et de l'économie privée (Doré, 1992). Ces organisations sont abordées dans la documentation spécialisée sous une multitude de vocables. On parle de groupes populaires, de groupes d'entraide, de ressources communautaires, de ressources alternatives, des actions communautaires, des organismes sans but lucratif, des groupes volontaires, des services de proximité (France), du *nonprofit sector* (États-Unis), du *voluntary sector* (Angleterre), etc. Les distinctions effectuées entre ces types d'organismes sont souvent idéologiques – ce qui ne signifie pas qu'elles soient sans importance – et sont généralement liées aux facteurs de leadership et à l'histoire des rapports entre l'État, l'économie privée et la société civile des différents pays. Plusieurs critères peuvent servir à distinguer ces groupes les uns des autres (l'origine et l'histoire, le statut juridique, les modes de financement ou de gestion) et ces distinctions se traduisent par des formes distinctives de mise en œuvre. Ainsi, les groupes organisés par les élites locales, par les mouvements populaires, par des organisateurs communautaires ou par des professionnels du secteur concerné ne partageront pas nécessairement les mêmes objectifs et n'emploieront pas les mêmes moyens, même s'ils se définissent tous comme communautaires. Dans le domaine de la santé mentale au Québec, ces différents types d'organismes se côtoient et c'est bien de cette diversité qu'il s'agit lorsqu'on parle ici des organismes communautaires.

En ce qui concerne les modèles d'organisation, les écrits descriptifs abondent quant aux pratiques et aux programmes alternatifs, mais il s'avère difficile d'identifier ce qui leur est commun, si ce n'est leur éloignement des formes d'interventions médicales et sociales dominantes, au sein du système public. Dans une revue internationale des études portant sur les organismes communautaires, DiMaggio et

Anheier (1990) ont constaté que la documentation est vaste et imprécise. On y retrouve des ensembles «balkanisés» d'écrits portant sur des organisations et des domaines particuliers et peu d'analyses qui fassent la synthèse de ces données.

Il apparaît tout aussi difficile de se référer à un modèle unique de communautarisation des services en santé mentale et même d'identifier des consensus sur ce que serait une politique de communautarisation. Le domaine de la santé mentale a été l'un des premiers où le rôle et la place de la communauté dans la distribution des services ont été discutés (Hunter et Riger, 1986; Nassi, 1978). Bien qu'il existe presque un consensus dans les pays occidentaux quant à la nécessité de renforcer la dimension communautaire dans le soutien aux personnes atteintes de troubles mentaux (Corin et al., 1986; Santé et Bien-être Canada, 1988), ce processus demeure une «révolution inachevée» (Rochefort, 1993), empreinte d'ambiguïté (White, 1993a). Cette ambiguïté tient au fait qu'on se réfère à différents types de changements en faveur de la communauté selon qu'on s'intéresse au processus de planification, à l'allocation des ressources, à l'organisation des services ou à la nature des pratiques et des interventions sur le terrain. De plus, dans les sociétés fragmentées que sont les sociétés occidentales, différents groupes d'intérêt vont développer et défendre des conceptions contradictoires de ce que serait une politique de communautarisation des services et des services communautaires (Rochefort, 1994; White et Mercier, 1989; 1991). La réforme participera de ces ambiguïtés et s'alimentera à ces contradictions, aussi bien dans la mise en place de services dans la communauté que dans l'élaboration d'un discours politique qui soutienne ce déplacement des services de l'institution vers la communauté.

La réforme et les services dans la communauté

Dans le cadre de la réforme et de la politique, «la communautarisation des services» s'est actualisée de différentes façons: multiplication des groupes communautaires offrant des services en santé mentale; diversification des modèles d'organisation des services; accroissement des interrelations entre les groupes communautaires et les professionnels des milieux institutionnels; et redistribution des relations de pouvoir entre les acteurs des milieux communautaires et ceux des établissements publics.

La multiplication des services dans la communauté

Par rapport aux années 80, on trouve aujourd'hui un plus grand nombre de ressources communautaires et de services dans la commu-

nauté et une plus grande diversité de services. Le développement a été inégal d'une région à l'autre, mais toutes les régions étudiées ont amélioré de façon significative l'accès de la population locale à des services de soutien dans sa communauté. La réforme n'a cependant pas entraîné un développement équivalent de ressources d'une région à l'autre.

En effet, d'après les données de notre recherche, ce n'est pas tant la politique elle-même que le processus amorcé dans les années 80 qui a présidé à l'augmentation et à la diversification des services de soutien communautaire offerts aux personnes souffrant de troubles graves de santé mentale. Le développement des ressources communautaires s'explique de deux façons: volonté politique d'un certain nombre de personnes en mesure de consacrer des fonds publics à la création de services alternatifs et complémentaires par rapport à l'hôpital psychiatrique et action militante des promoteurs de la base (personnes, groupes communautaires et regroupement provincial) prônant une définition et la création de ces services alternatifs. Ce processus, informel à l'origine, a été amorcé spontanément par des animateurs dans certaines localités, établissements publics ou organismes gouvernementaux et s'est par la suite développé de façon distinctive d'une localité à l'autre. Si bien que certaines sous-régions sont beaucoup mieux pourvues de ressources communautaires que d'autres et que les formes d'organismes communautaires varient grandement d'une sous-région à l'autre.

La diversification des modèles

Dans les sites étudiés, nous avons pu identifier trois modèles différents d'organisation des services dans la communauté, chacun présentant des avantages et des désavantages et résultant de dynamiques locales particulières (White, 1993b). Dans le «modèle axé sur les établissements», la gamme des services relève directement ou indirectement (par ententes de services, par exemple) d'un même établissement. Ce modèle est habituellement complet du point de vue de la diversité des services et offre des conditions favorables au suivi et à la continuité. Par contre, tous les services sont offerts dans un cadre psychiatrique et biopsychosocial hautement spécialisé qui tend à être contrôlant et passablement coupé du milieu de vie des usagers. Le «modèle alternatif» se situe exactement à l'opposé: les organismes de ce type évitent le contrôle professionnel, embauchent souvent d'anciens usagers du programme comme membres du personnel et demeurent en contact étroit avec le milieu de vie de leurs membres. Par contre, ce modèle fournit rarement un système complet de soutien communautaire. Comme il

s'agit d'un système ouvert, les personnes aussi bien que les organismes choisissent de participer ou non à la gamme de services. Enfin, le «modèle axé sur la planification de la communauté» repose sur les ressources locales, mais vise à restructurer et à professionnaliser ces ressources ainsi qu'à adopter de nouveaux programmes qui s'y intégreront. Il accorde au milieu naturel autant d'importance que le système alternatif, mais il est aussi plus contrôlant. Son succès dépend d'une planification locale et, par conséquent, d'acteurs locaux disposés à travailler ensemble et capables de le faire, ainsi que d'une politique radicale de décentralisation.

L'accroissement des interrelations entre les groupes professionnels et communautaires

La réforme aussi bien que la politique ont favorisé les interactions entre les groupes communautaires et professionnels, ne serait-ce que par le biais des nombreux comités mis sur pied par les instances administratives régionales et sous-régionales. Les frontières entre les trois groupes (administrateurs, professionnels d'établissements et travailleurs de groupes communautaires) sont poreuses, si bien que les groupes peuvent s'influencer. On a pu observer que des groupes communautaires se sont structurés et professionnalisés, tandis que des professionnels rattachés à un hôpital s'orientaient davantage vers la communauté. Dans certains cas, on a aussi pu observer un processus contraire, soit une polarisation entre une approche psychiatrique spécialisée et une radicalisation du mouvement communautaire.

La redistribution des relations de pouvoir

Enfin, au plan du fonctionnement des institutions, on a établi des structures et des règles nouvelles qui ont fait en sorte que les pouvoirs de décision se sont déplacés du pôle psychiatrique au pôle administratif. Les règles de représentation au sein des nouvelles structures de participation accordent une place sans précédent aux organismes communautaires. Cependant, dans la mesure où ces structures ont peu de pouvoir et peuvent facilement être manipulées par les autorités administratives, les groupes communautaires ont peut-être aujourd'hui plus d'accès au pouvoir, mais surtout à un type différent de pouvoir. Ils ont plus d'accès aux lieux administratifs du pouvoir, et en ce sens ils s'organisent pour développer leurs stratégies face aux Régies régionales, mais ils ont moins d'accès aux lieux politiques où ils pourraient amener le débat sur les finalités, plutôt que sur les moyens.

Le discours communautaire et la réforme

Tarrow (1989) définit une réforme comme un processus où certains défis au statu quo sont résolus par des personnes en position d'autorité. Ces deux positions qui se confrontent, celle du défi au statut quo et celle de l'autorité, ne sont pas nécessairement représentées par des groupes distincts, bien identifiables, et le succès d'une réforme peut tenir au fait que, parmi les groupes en autorité, on retrouve souvent une élite elle-même réformiste. L'issue de la réforme dépend surtout de la façon dont les rapports entre les forces d'opposition et l'autorité se développent. Par ailleurs, le processus de réforme attire un ensemble d'acteurs qui, sans être en position d'autorité ou d'opposition, s'assimilent au processus ou s'y intègrent.

Dans le cadre de la réforme, le discours autour du communautaire ou de la communautarisation a servi de point de référence. La référence à la communauté est devenue de plus en plus fréquente dans les domaines de la planification et de la distribution des services et des pratiques d'intervention pour expliquer, justifier ou défendre des politiques et des pratiques. On a donné la parole aux acteurs et aux organisations locales, et valorisé la participation.

Considérée sous cet angle, la réforme semble marquer une avancée nette vers la communautarisation des services. Or, précisément parce que le discours communautaire a joué le rôle d'élément consensuel, ces gains du communautaire pourraient s'avérer relatifs. Ainsi, du point de vue de la communautarisation du discours, on constate que chacun des groupes d'intérêt a voulu défendre ses activités à partir de leurs dimensions communautaires. Le terme communautaire en est devenu complètement indifférencié quant à son référent, et des distinctions autrement fortes entre différents types d'organismes se sont trouvées complètement évacuées. Ont ainsi été considérés comme communautaires: les ressources alternatives à la psychiatrie traditionnelle; les structures intermédiaires; les groupes d'entraide; les organisations charitables, profanes ou religieuses; les services offerts dans le milieu par les hôpitaux. Le discours communautaire s'est ainsi vidé de sa dimension politique et revendicatrice pour recouvrir un ensemble hétérogène d'organisations et de pratiques.

Du point de vue de l'organisation des services, le développement des nouvelles ressources s'est nettement effectué en dehors du réseau des établissements publics. En même temps, les organismes autonomes, communautaires, ont dû s'intégrer à une gamme de services de façon à offrir des services complémentaires à ceux déjà offerts par les organis-

mes publics ou accepter des mandats définis à partir de plans régionaux d'organisation des services, tout comme les établissements publics. De façon paradoxale, la multiplication des organismes communautaires s'est donc accompagnée d'une pression vers un encadrement accru. L'arrivée de fonds a suscité une professionnalisation et une structuration croissantes: engagement de permanents, souvent professionnels, développement de programmes qui font appel à davantage d'intervenants et nécessitent donc plus d'organisation interne, obligation de rendre des comptes aux bailleurs de fonds. Les organismes communautaires tendent ainsi à devenir davantage des structures de services que de soutien social.

Le discours communautaire et le mouvement alternatif

Le fait que le communautaire soit devenu le concept intégrateur de la politique l'a investi d'une force consensuelle attractive, en même temps que trompeuse. Comme si l'extension donnée au sens instrumental du terme s'était produite aux dépens de son sens expressif. Pour certains acteurs de la réforme, par exemple les planificateurs et les administrateurs et un certain nombre d'intervenants, les termes communautaire et communauté constituent surtout une référence instrumentale. La communautarisation représente un moyen pour arriver à des objectifs, une façon d'organiser les services pour soutenir la réadaptation psychosociale et favoriser la réinsertion. Dans l'esprit de la politique de santé mentale, l'accent mis sur l'implication des groupes communautaires est une façon de briser le monopole du secteur public dans la planification et l'organisation des services et d'introduire une certaine diversité dans l'offre de services. Pour d'autres acteurs, dont les regroupements d'organismes communautaires, le communautaire et la communauté se réfèrent à une stratégie d'existence, à une façon d'organiser les relations sociales. Ils retiennent principalement la dimension expressive du concept, en tant que façon de manifester des valeurs, comme une fin en tant que telle. Pour les tenants de l'une ou l'autre conception du communautaire, le bilan de l'implantation de la politique diffère.

Du point de vue instrumental, les développements ci-haut rapportés témoignent des acquis de la réforme. Davantage de ressources sont disponibles dans le milieu et une plus grande variété de services est offerte. Les tenants de l'approche psychiatrique et de l'approche communautaire travaillent volontiers ensemble au niveau régional; professionnels du réseau et travailleurs des groupes communautaires collaborent. La réforme est cependant loin d'avoir atteint tous ses objectifs

«instrumentaux». Le système demeure passablement rigide, les rivalités autour des mandats ont gagné les groupes communautaires, et les impératifs de la gestion planifiée l'emportent toujours sur la flexibilité face à de nouveaux problèmes ou sur le développement de stratégies novatrices. Un des objectifs déclarés de la politique de 1989, l'équité entre les régions semble même difficilement réalisable, compte tenu de différences significatives au départ.

L'impact de la réforme et de la politique ne peut cependant être appréhendé seulement d'un point de vue instrumental, étant donné l'enracinement de cette réforme dans un mouvement communautaire fondé sur l'expression de valeurs et de modèles de pratique qui sont alternatifs à l'approche psychiatrique. À l'origine de la réforme, la raison d'être des ressources alternatives a été d'offrir une autre forme d'intervention, fondée sur une façon différente de celle de la psychiatrie (traditionnelle aussi bien que communautaire) de concevoir les problèmes. La reconnaissance par le ministère, en 1982, du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale a donné au mouvement alternatif un accès au niveau politique et lui a conféré le rôle de «défi au statu quo». Pendant un temps, pratiques psychiatriques et pratiques alternatives se sont opposées, jusqu'à ce que le discours alternatif soit progressivement intégré au discours sur les services communautaires. Lorsque le terme communautaire en est venu à recouvrir tout organisme à but non lucratif offrant des services en milieu naturel, la polarisation entre pratiques psychiatriques et pratiques alternatives s'est trouvée passablement diluée. Le discours sur le communautaire est devenu un discours consensuel, alors que le discours alternatif proposait justement une rupture, un «ailleurs et autrement».

Pour les acteurs du mouvement alternatif, le «communautaire» n'est pas de l'ordre de l'organisation des services, mais relève de l'organisation des relations sociales. Ce qui est en cause, ce n'est pas la localisation ou le statut des services, mais la nature de la relation d'aide, les relations sociales à l'intérieur des services. L'approche communautaire n'est pas tant prônée pour assurer la pertinence et la continuité des services, mais comme une philosophie qui s'oppose à l'approche médicale de la psychiatrie, à sa dépendance du modèle scientifique, à la relation de pouvoir imposée dans la relation d'aide par le professionnel-expert.

De ce point de vue, le discours instrumental et le discours expressif se réfèrent à des univers différents. Si bien que sous certains aspects, la réforme communautaire «instrumentale» a mis en cause les valeurs et la vision prônées par le mouvement communautaire «expressif». Par exemple, l'intégration d'un organisme dans la gamme de services de

base sous-entend que celui-ci offre un service et qu'il se définit comme un service spécifique parmi une liste pré-établie. Qu'en est-il des organismes qui se veulent des lieux où chaque personne puisse venir chercher ce dont elle a besoin, qu'il s'agisse d'une expérience thérapeutique ou d'un lieu de rencontre? Comment composer avec des mandats issus d'un Plan régional d'organisation de services, lorsqu'on privilégie une approche compréhensive de la personne? De tels milieux peuvent difficilement être planifiés et évalués. La raison d'être de ces groupes communautaires est de représenter pour les personnes qui connaissent des problèmes de santé mentale des points d'appui dans leurs stratégies d'existence, de leur offrir le soutien nécessaire pour qu'elles puissent prendre soin d'elles-mêmes. Si bien que ces organismes définissent leurs finalités par rapport à leurs clientèles, plutôt qu'en fonction de mandats issus de plans quinquennaux.

La communautarisation «instrumentale» des services comporte ainsi des risques sérieux de perte d'autonomie et de bureaucratisation. La reconnaissance des groupes communautaires est conditionnelle à leur adhésion à certaines règles de fonctionnement et d'allocation des ressources. Pour certains groupes communautaires, ces règles sont compatibles avec leur approche et la politique se traduit pour eux par une reconnaissance effective. Pour d'autres, l'intégration dans une «gamme de services» met en cause leur système de valeurs par rapport aux sources des problèmes de santé mentale et aux solutions à leur apporter. Pour ces groupes, la politique ne représente qu'une reconnaissance très partielle, puisqu'elle ne tient pas compte de leurs valeurs spécifiques. Leur autonomie se trouve d'autant plus menacée que tout le financement public passe nécessairement par le système et que les problèmes et leurs solutions sont principalement définis dans le cadre du secteur public (essentiellement par les régies).

Enfin, la grande absente de la réforme demeure la communauté elle-même. Au sein des comités tripartites, la participation du troisième tiers, celui des représentants du milieu, est demeurée marginale. Faut-il alors attendre des groupes communautaires qu'ils assurent cet ancrage dans la communauté et répondent au double défi de «gagner plus de pouvoir et d'influence dans le système de santé mentale, sans se distancer des communautés qu'ils desservent» (Rousseau, 1993, 537)? La communautarisation des services implique que la communauté prenne une part active dans leur définition et qu'ils tiennent compte de la singularité des communautés, des conceptions qu'elles ont de la santé et de la maladie mentales et de leurs stratégies vis-à-vis les problèmes de santé mentale (Rousseau, 1993). À ce jour, les groupes communautaires

ont beaucoup travaillé à la transformation des milieux et à la reconnaissance de leur «point de vue». Pourront-ils continuer à le faire s'ils doivent tenir compte de plus en plus des règles du jeu des instances administratives?

Conclusion

Dans le domaine de l'analyse des politiques, on reconnaît que les résultats d'une réforme s'éloignent généralement des objectifs prévus, suite au processus d'implantation. Ce processus n'est lui-même jamais achevé. Pour les acteurs de la réforme, et en particulier pour les acteurs opposés au statu quo, l'enjeu est de maintenir les conditions qui feront en sorte que ces oppositions, sources de la réforme, ne disparaissent pas. Le défi est de garder la confrontation vivante, source de défis et de changements, malgré la pression du consensus véhiculé par les instances administratives.

Dans le cas de la réforme des services de santé mentale, le projet de l'alternative communautaire a d'abord joué ce rôle de défi et d'appel au changement. Il a proposé des définitions rivales des situations, suscité l'exposé de finalités divergentes. Mais paradoxalement, dans le cours de la réforme, et en particulier avec l'implantation de la politique de santé mentale, ce discours sur l'alternative communautaire qui, à l'origine, avait permis de défier le statu quo, en est venu à permettre d'imposer une définition consensuelle des situations et des solutions.

Pour les personnes et les groupes engagés dans l'action communautaire, la période actuelle en est une d'incertitude. La perception traditionnelle du rôle du secteur communautaire ne s'applique plus et les nouvelles structures qui se dégagent soulèvent autant de craintes que d'espoir. De nouvelles structures doivent être mises en œuvre, mais ceux qui en sont responsables sont à la recherche d'un modèle approprié. Les participants du secteur communautaire et bénévole accèdent avec difficulté aux rôles (en soi ambigus) attendus par les instances. D'un côté, l'État semble leur offrir la place qu'ils ont toujours cherchée au sein du système de santé et des services sociaux; de l'autre, ils sont menacés par les risques d'appropriation, de sous-traitance, voire d'intégration au système institutionnel auquel ils s'opposent, ou du moins, duquel ils veulent se distancier.

Le fait que le mot même de communauté permette de justifier l'ensemble de la réforme est en lui-même significatif de sa forte valeur symbolique. Dans une société où les problèmes à résoudre relèvent de la marginalisation, de l'isolement, de l'absence de soutien matériel et

social, le «communautaire» avec sa connotation de solidarité et d'intégration exerce une forte attraction auprès des administrateurs et des intervenants, aussi bien qu'auprès des groupes marginalisés et des militants. Le «communautaire» peut contribuer à résoudre une partie de ces problèmes de société, mais non les problèmes économiques sous-jacents. Le danger, c'est qu'il devienne un slogan de gouvernements et d'économies désespérés, plutôt que l'expression utopique du désir de nouvelles formes de relations sociales et de stratégies d'existence susceptibles de soulager des signes de détresse de plus en plus répandus dans notre société.

Notes

- 1 Recherche intitulée «Le développement des ressources communautaires en santé mentale: la mise en œuvre d'une politique», et subventionnée par le Programme national de recherche et de développement en matière de santé, Santé et Bien-Être Canada (#6605-3342-64/4).
- 2 On trouvera dans le protocole de recherche (White et al., 1991) et dans le rapport final (White et al., 1994) l'exposé complet de la méthodologie, de même qu'une description détaillée des résultats. On peut aussi consulter les articles de White (1993a, b).

RÉFÉRENCES

- BOUDREAU, F., 1987, The making of mental health policy: The 1980s and the challenge of sanity in Quebec and Ontario, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 6, 1, 27-47.
- BOUDREAU, F., 1991, Partnerships as a new strategy in mental health policy: The case of Quebec, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 16, 2, 307-329.
- 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 au Québec, Les publications du Québec.
- DIMAGGIO, P., ANHEIER, H.K., 1990, The sociology of nonprofit organizations and sectors, *Annual Review of Sociology*, 16, 137-159.
- DORÉ, G., 1992, *Les groupes communautaires et le partenariat social au Québec: une question de stratégie*, document non publié.
- HUNTER, A., RIGER, S., 1986, The meaning of community in community mental health, *Journal of Community Psychology*, 14, 55-72.

- NASSI, A., 1978, Community control or control of the community? The case of the community mental health centre, *Journal of Community Psychology*, 6.
- ROCHFORD, D., 1993, *From Poorhouses to Homelessness: Policy Analysis and Mental Health Care*, Auburn House, Wesport, Connecticut.
- ROUSSEAU, C., 1993, Community empowerment: The alternative resources movement in Quebec, *Community Mental Health Journal*, 29, 6, 535-546.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, 1988, *La santé mentale des Canadiens: Vers un juste équilibre*, Santé et bien-être social Canada.
- TARROW, S., 1989, Struggle, policies and reform, *The Western Societies Program Occasional Paper*, 21, Cornell University.
- WHITE, D., MERCIER, C., 1989, Ressources alternatives et structures intermédiaires, *Santé mentale au Québec*, XIV, 1, 69-80.
- WHITE, D., MERCIER, C., 1991, Reorienting mental health systems: The dynamics of policy and planning, *International Journal of Mental Health*, 19, 4, 3-24.
- WHITE, D., MERCIER, C., DESBIENS, F., 1991, *La Mise en Œuvre d'une Politique en Santé Mentale: Le Développement des Ressources Communautaires. Protocole de Recherche*, Université de Montréal, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention (GRASP), Montréal.
- WHITE, D., 1993a, The community-based mental health system: What does it mean?, *Canadian Review of Social Policy*, 31, 31-61.
- WHITE, D., 1993b, Les processus de réforme et la structuration locale des systèmes. Le cas des réformes dans le domaine de la santé mentale au Québec, *Sociologie et Sociétés*, XXV, 1, 77-97.
- WHITE, D., MERCIER, C., DESBIENS, F., ROBERGE, M.-C., 1994, *The Development of Community Resources in Mental Health: A Study of Reform Processes. Final Report*, Université de Montréal, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention, Montréal, Version française également disponible.

ABSTRACT

Mental health policy and communitization of services

In this article, the mental health policy is viewed as a pivotal element of the "psychiatric services" reform which began in Québec in the seventies. The authors advance the hypothesis that the community

approach has played a fundamental role in developing the reform and that it has itself undergone deep changes. As a result, the policy's and the reform's effects are discussed from two angles, namely that of the communitization of services and that of the direction taken by the community approach during the reform process.