

Article

« Le "virage ambulatoire" en santé mentale : un détour qui évite l'alternative? »

Jean Gagné

Santé mentale au Québec, vol. 21, n° 1, 1996, p. 15-25.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032371ar>

DOI: 10.7202/032371ar

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



Le «virage ambulatoire» en santé mentale: un détour qui évite l'alternative?

Jean Gagné*

Les termes de «virage ambulatoire» et de «reconfiguration du système» sont désormais utilisés pour nommer la réforme des services sociaux et de santé au Québec. Leur usage marque dans l'approche du ministère un changement de perspective qui devrait attirer l'attention de ceux qui, comme nous, ont soutenu une démarche annoncée comme «axée sur le citoyen» et mettant l'accent sur la «primauté de la personne». On a l'impression qu'un glissement de la problématique s'est opéré. Partie d'un discours de légitimation emprunté au vocabulaire politique où il était question de mobilisation de la communauté et d'imputabilité du réseau envers les citoyens, la réforme prend des accents technocratiques.

Ce «virage sémantique» nous inquiète d'autant plus qu'en juin 1995 le ministère annonçait son intention de réviser la *Politique de santé mentale* de 1989. Or, le Comité de la santé mentale du Québec avait déjà émis ses recommandations (CSMQ, 1994) en novembre précédent. À l'été 1994, le ministre avait aussi mis sur pied un comité de travail pour la mise à jour de la *Politique*. Ce comité a procédé à une vaste consultation pour tracer le bilan d'implantation de la *Politique*. La cueillette de données s'est poursuivie de l'automne 1994 jusqu'au printemps de 1995. Au printemps de 1996, les résultats de cet exercice n'avaient toujours pas été rendus publics, pas plus que le ministre n'avait dévoilé ses attentes en ce qui concerne cette révision; et nous espérons toujours qu'il consulte le milieu avant de procéder à l'adoption finale d'une *Politique* révisée.

Il y a dix ans, *Santé Mentale au Québec* publiait un numéro consacré à l'élaboration de la *Politique de santé mentale*. Son analyse des enjeux de la réforme semble encore valable aujourd'hui. Le défi consiste

* L'auteur est coordonnateur du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec.

toujours à élaborer des rapports plus adéquats du réseau de soutien avec les nouvelles solidarités qui émergent de la société civile. Dans une perspective postmoderne, Apollon (1986) y écrit en effet que les institutions monopolistiques héritées de l'«État-Providence» ne savent plus répondre à la diversité des problèmes et des contextes qui caractérisent notre époque. De ce point de vue, on doit de plus en plus ouvrir le système aux approches socio-sanitaires qui se développent à ses pourtours, dans les organismes communautaires autant qu'en milieu universitaire, et dans les régions comme à l'intérieur des nouveaux mouvements sociaux. Le deuxième principe de la thermodynamique¹ pourrait illustrer l'importance que nous accordons à une telle ouverture comme reconnaissance du communautaire plutôt qu'au harnachement de ses pratiques à celles du réseau (Dorvil et Gagné, 1992). Corin et Lauzon (1986) mettaient déjà en garde contre «l'alliance à double tranchant» des ressources alternatives avec le réseau des établissements. Le danger était de voir ces initiatives populaires de prise en charge directe du soutien social se transformer en simple distribution de services complémentaires aux activités professionnelles des établissements. Bibeau (1986) affirmait, lui aussi, sa conviction que la contribution des organismes serait bien plus précieuse si, au lieu de les assimiler au réseau officiel, on en favorisait le développement autonome. Ainsi seulement pourrions-nous les préserver en tant qu'espaces de créativité utiles au renouvellement de nos pratiques sociales et de santé.

Ces réserves envers l'engouement de l'État pour les ressources communautaires ou pour la responsabilisation des citoyens ne sont pas sans rapport avec le courant néo-libéral qui semble depuis animer le gouvernement québécois. Paradoxalement, le discours anti-institutionnel tenu par les alternatives rejoint celui des promoteurs du désengagement de l'État en matière de santé et de services sociaux. La question des coûts étant au cœur des préoccupations des politiciens, tout ce qui peut légitimer une réduction des dépenses risque d'être accueilli favorablement. Et toute proposition qui implique le réinvestissement des ressources sera perçue avec méfiance. Les promoteurs de l'alternative se trouvent dès lors confrontés à une reconnaissance partielle, limitée à leur capacité de gérer l'exclusion sociale à meilleure compte. Pour se sortir de l'impasse, ils devaient, et doivent toujours d'ailleurs, trouver moyen de résister aux problématisations simplistes de la crise du champ de la santé mentale, qui se limitent à n'en considérer qu'un aspect à la fois.

L'enjeu était de taille puisque de l'aveu même de l'ex-ministre Marc-Yvan Côté, parrain de la loi 120, la *Politique de santé mentale*

devait servir de prototype à toute la réforme (Côté, 1992). En conséquence, le secteur alternatif se situait aux avant-postes de la mise en place d'un modèle qui allait concerner tout le mouvement communautaire autonome. Tous, dans ce milieu, ne sont pas d'accord pour accepter le «beau risque» de la concertation. C'est, entre autres, le cas du Regroupement des organismes communautaires autonomes jeunesse du Québec (ROCAJQ) pour qui: «La progression actuelle de cette opération de reconversion technocratique des interventions étatiques dans le champ communautaire vise en fait la subordination de l'action communautaire autonome aux finalités exclusives des appareils d'État et des priorités ministérielles» (Parazelli, 1994). Au-delà de la critique sévère des modalités d'application, le milieu alternatif et communautaire y a quand même reconnu la création d'un espace démocratique, et s'est impliqué à fond pour tenter d'en faire se réaliser les mesures les plus conformes à ses aspirations (Guay, 1991; Morin, 1992; Lamoureux, 1994).

L'adoption de la *Politique* de 1989 a eu pour effet de stimuler la crise du champ social² de la santé mentale. Quelques commentaires des protagonistes de l'époque confirment ce phénomène et annoncent les stratégies qu'ils utiliseront pour préserver ou améliorer leur positionnement. Ainsi, le Dr Lamontagne, alors président de l'Association des psychiatres du Québec, adopte une stratégie plutôt conservatrice face à une *Politique* qui lui semble homologuer un peu trop vite de nouveaux entrants dans un champ d'activités où les positions hautes sont pratiquement toutes occupées par des membres de son association. En déclarant qu'il n'est «pas prêt à accepter que tout le monde, surtout les organismes communautaires, se mêle du traitement des malades» (*La Presse*, 17-01-89), il repousse ces aspirants en invoquant l'autorité acquise par la psychiatrie. Claudine Laurin, porte-parole du Regroupement des ressources alternatives à la même époque, tenait un discours inverse. Elle déplore les limites qu'impose cette *Politique* à ses membres en ne reconnaissant la contribution communautaire que pour ses activités de réadaptation et de réinsertion sociale et sans faire une place à l'alternative, en particulier aux «thérapies non institutionnelles» (*Le Devoir*, 17-01-89). Cette stratégie d'interprétation maximale de la *Politique* deviendra la marque distinctive des alternatives (Lamoureux, 1994). Il s'agira de toujours s'appuyer sur les grands principes de la *Politique* pour développer la place des alternatives dans les planifications de services.

Aspects historiques

La nouvelle *Politique* s'inscrivait dans le prolongement historique des efforts québécois pour désinstitutionnaliser les pratiques en santé

mentale. Depuis 1962 et le fameux Rapport Bédard, on cherchait à se déprendre d'une manière de faire qui confinait à l'enfermement et à l'exclusion sociale des personnes affectées par des problèmes de *santé mentale*. Ce rapport, on s'en rappellera, recommandait de ne plus construire d'hôpitaux psychiatriques, mais de créer plutôt des ailes spécialisées dans les hôpitaux généraux et de recourir aux services communautaires (Boudreau, 1984). Ce mouvement avait pris forme une année auparavant avec la publication du témoignage d'un usager, *Les fous crient au secours!* (Pagé, 1961), qui dénonçait le sort fait aux patients des asiles. Ces établissements étaient moins des lieux de soin que des lieux d'exclusion pour les originaux et inadaptés de la société québécoise. D'emblée, les psychiatres «modernistes» avaient emboîté le pas en dénonçant la mainmise des institutions caritatives et religieuses sur la prise en charge des «aliénés». Le changement de garde aura bel et bien lieu.

Cependant, ces promesses de succès du savoir «constamment renouvelé» de la psychiatrie (Laurin in Pagé, 1961) font long feu. Les traitements modernes, surtout pharmacothérapeutiques, n'ont aucune influence sur l'apparition de cas nouveaux. Ils ont pour principal avantage de faire taire les symptômes actifs (agitation, délire, violence, etc.) sans agir sur les phénomènes passifs (retrait, passivité, non-communication), tous aussi désagréables pour l'individu mais moins dérangeants pour son entourage (Poirier et al., 1989). Les politiciens des années 1970 n'en prennent pas moins la psychiatrie moderniste au mot et accentuent la banalisation du traitement de la folie en en faisant une «maladie comme les autres». L'échec est patent. Bien que l'institutionnalisation au long cours devienne moins fréquente, on développe en échange le «syndrome de la porte tournante». Les patients sont désormais institutionnalisés en pointillé et deviennent des clients récurrents des urgences psychiatriques ou d'autres lieux de prise en charge tels les refuges pour itinérants et les prisons (Garant, 1985; Dorvil, 1986).

Arrêtons-nous un peu à cette séparation entre la convivialité ou le soutien social communautaire et le système de protection sociale étatisé. La prise en charge extensive de la gestion sociale des petites déviances, de l'éducation, des soins de santé et autres services sociaux depuis la période d'après-guerre répondait à la modernisation des économies capitalistes avancées. Cette modernisation commandait une main-d'œuvre active et plus mobile. L'État-Providence, ou État social (Castel, 1995), s'instaure dès lors comme un nouveau contrat social où les citoyens et citoyennes bénéficient de nouvelles institutions qui leur assurent des services sociaux, d'éducation et de santé. À l'instar du sys-

tème «fordiste» qui s'était installé dans le domaine du travail, ces nouveaux avantages s'accompagnent cependant d'une perte de contrôle. Tout comme le mouvement ouvrier avait, pour ainsi dire, échangé les droits de gérance sur l'organisation et les finalités de son travail contre le droit d'en négocier les conditions d'exercice (surtout salariales), de même le citoyen usager des services sociaux et de santé devait troquer son droit de regard sur la définition de ses besoins et sur les modalités d'intervention appropriées contre l'assurance de bénéficier du soutien prévu par l'État.

Malgré les acquis considérables qu'il a conférés à la population en général, ce système n'en est pas moins venu à engendrer des effets pervers, qui remettent aussi en cause sa légitimité. On lui reproche de déresponsabiliser les individus et les communautés. Le traitement autant que la prévention de la maladie, de la détresse ou de la pauvreté échappent aux liens conviviaux, aux relations personnelles pour être délégués aux appareils d'État spécialisés. On y crée la dépendance de la population envers les services sociaux et de santé en homologuant la compétence exclusive des interventions professionnelles. Le système masque la complexité réelle de ces problèmes, leurs dimensions sociales et politiques, en les réduisant à des symptômes d'handicaps ou d'incompétences personnelles. Il transforme ces secteurs d'activités en un marché où les spécialités se constituent comme autant de groupes d'intérêts, concurrents entre eux et dépendants des problèmes qu'ils sont chargés de résoudre. Le potentiel soignant de la convivialité et de la solidarité est dévalorisé et le rapport des aidants avec les aidés est dépersonnalisé. En fin de parcours, on obtient une croissance en spirale de la production et de la demande de soins. On aura reconnu ici nombre de critiques endossées par la Commission Rochon (1988).

Comme les changements technologiques connus depuis le détour des années 1970 ont modifié les rapports entre l'État, le capital et la main-d'œuvre, ainsi une révision du contrat social «d'intégration dépendante» (Bélanger, 1988) s'impose. Le paradigme fordiste cède la pas au «toyotisme». L'augmentation de la productivité et, par là, la croissance économique, ne se traduit plus par une augmentation du nombre des emplois nécessaires. Les nouvelles technologies de production tendent à substituer des robots et des ordinateurs aux employés humains. En même temps et en conséquence, pourrions-nous dire, le rôle économique des États se modifie. Tous doivent faire face à un marché «mondialisé». Les États ne contrôlent plus leur espace économique. Les appareils de production, le personnel travailleur tout comme les marchandises s'exportent et s'importent désormais à l'échelle

planétaire. Même si ces phénomènes sanctionnent une augmentation de la productivité et une croissance économique positive des pays développés, ils ne s'accompagnent pas moins de misère humaine³. L'un aidant l'autre, la mondialisation du marché compétitif et l'augmentation des frais d'assistance, d'une part, et la critique du modèle « providentiel » de soutien, d'autre part, poussent les États postindustriels à remettre en question leur système universaliste de protection sociale.

En même temps, ces nouveaux phénomènes ont achevé de saper les foyers de solidarité qui reliaient traditionnellement l'individu au grand groupe. La mondialisation du marché économique atteint aussi la culture. Les valeurs communes ne sont plus que celles de la productivité et de la consommation. De plus, l'éclatement des lieux de travail et la précarisation de l'emploi contribuent à nous isoler les uns des autres. Les solidarités se dispersent et se fragilisent. L'institution de socialisation primaire qu'est la famille se transforme. Elle devient moins stable et se recompose de diverses façons⁴. Les quartiers d'habitation, les lieux de travail ou même les partis politiques ne constituent plus ces grands espaces rassembleurs où un groupe particulier pouvait définir son appartenance sociale en fonction de ses rapports aux autres composantes du grand groupe. Les frontières identitaires, plus floues, deviennent instables et perméables.

La nouvelle *Politique* aujourd'hui

C'est sur une telle toile de fond que la nouvelle *Politique* de santé mentale a voulu reprendre le collier de la désinstitutionnalisation. Cette fois, on abandonne la seule perspective médico-psychiatrique pour insister sur la complexité du problème. La *Politique* mettait de l'avant une approche centrée sur la personne et la nécessité de développer une gamme étendue de services mieux intégrés à la dynamique communautaire. Les comités tripartites de rédaction des Plans régionaux d'organisation de services (PROS) pouvaient être considérés comme la cheville ouvrière de cette réforme des manières de faire. En appelant citoyens et organismes communautaires à participer à la planification des services dans toutes les régions du Québec, la *Politique* inscrivait une première dans les modalités d'organisation de la solidarité collective. Ces comités ouvraient, en effet, la possibilité d'un pont entre des réseaux de solidarité qui s'étaient développés pratiquement en parallèle depuis la Révolution tranquille. L'instauration de ce dialogue est d'autant plus nécessaire que la mouvance culturelle de notre époque tend, comme nous l'avons souligné, à dissoudre les valeurs conviviales. Cependant, les rédacteurs de la *Politique* ne sont pas allés jusqu'à

réfléchir aux fondements de la pratique institutionnelle et se sont contentés d'appeler à la rescousse les organismes communautaires pour en stimuler la productivité. Le maître mot de la complémentarité fait ombrager à l'idée de stimuler le système en y soutenant le développement et la création de pratiques qui lui soient alternatives.

Dans ce contexte social, il n'est pas anodin d'entendre dire par de nombreux praticiens que des problématiques psychiques tels les états limites (borderline), le « burn-out » ou dans une certaine mesure, la maniaque-dépression, se présentent de plus en plus souvent dans leur clinique. Un peu comme la grande hystérie semble typique de l'époque victorienne, ces désordres se présentent comme autant de caricatures des valeurs culturelles de notre époque : résister aux engagements, produire au maximum, consommer plus ou n'être rien. « Aujourd'hui c'est dans le silence chimique que l'ordre asilaire révèle la douleur du fou, et avoue l'impuissance face à la butée de ses croyances furieuses qui forment un miroir si exact aux grandes certitudes du système » (Duclos, 1993, 173). Sans faire de cette coïncidence un lien causal, force est de constater qu'elle témoigne d'un rapport à élucider entre contexte socioculturel et santé mentale.

Le défi contemporain de l'alternative

C'est parce qu'il se situe à l'interface du social et de l'intime que l'apport particulier des ressources communautaires alternatives et autonomes nous semble précieux. Sans être des institutions canoniques de l'ordre du social, ces organismes ne se constituent pas moins comme des lieux de socialisation. Un peu comme la famille ou le voisinage d'antan, ils sont en position de transmettre une représentation humanisée de l'ordre social, une vision où le respect des règles comporte ses zones de tolérance, dont celle d'une certaine dissidence. Cette position médiane, voire de médiation, entre l'individu et la loi, est de plus en plus difficile à tenir dans des lieux de traitement dont la logique institutionnelle, devenue essentiellement gestionnaire, absorbe la relation interpersonnelle. La personne n'y est plus considérée d'abord comme sujet mais en tant qu'objet déficient, ce qui détermine son droit aux soins (De Gauléjac et Taboada Léonetti, 1994).

De tels groupes sont en même temps assez différents de la communauté traditionnelle fondée sur des liens familiaux ou de voisinage. Les nouvelles ressources alternatives sont issues des solidarités émergentes qui retissent des liens de solidarité adaptés aux nouvelles conditions sociales, culturelles et économiques. Ce faisant, elles réinstaurent un lien de réciprocité entre l'individu et la société globale.

Elles ne visent pas l'adaptation (ou la réadaptation) de leurs participants à une normalité entendue comme adéquate. Elles leur proposent plutôt de s'impliquer dans un processus actif d'auto-prise en charge, qui inclut la reconnaissance de la légitimité de revendications envers les autres, y compris sur le terrain politique. Elles se forment à partir du regroupement de personnes partageant une préoccupation particulière. Celle-ci peut provenir d'une expérience partagée de souffrance et d'exclusion sociale, ou de la volonté d'intervenir sur une problématique négligée ou mal servie par les modèles d'aide déjà institutionnalisés. Les problématiques « lourdes » appartiennent à cette dernière catégorie.

Il y a quelque chose de désespérant dans l'approche biomédicale de la souffrance lorsqu'elle condamne ces personnes-là à accepter un état psychique présenté comme étant une maladie malheureusement incurable dans l'état actuel de la science. La validité de telles affirmations ne s'appuie pourtant pas sur une connaissance vérifiée d'une étiologie génétique ou biochimique de ces états. Il s'agit encore d'hypothèses fortement publicisées dans les médias (« on aurait trouvé », le gène de la psychose maniaco-dépressive ou le neurotransmetteur responsable de telle autre pathologie). Heureusement, ces hypothèses sont de plus en plus rarement présentées de façon univoque. On reconnaît aujourd'hui qu'en santé mentale la biologie n'est qu'un élément parmi d'autres, tous actifs dans une dynamique complexe qui implique aussi l'environnement social et la psychologie individuelle. À cet égard, les ressources communautaires ont l'avantage d'offrir un support inscrit dans le « milieu naturel ».

Le terme de « virage ambulatoire » est mal approprié pour décrire l'enjeu d'une mise à jour de la *Politique*. Il ne peut signifier qu'un ajustement technique des pratiques du réseau, alors qu'à notre avis il faut encore en repenser les fondements. C'est précisément ce qui était absent dans la formulation première de la *Politique*, et ce qui devrait encore en commander la révision. Il importe de nous sortir de la foire d'empoigne que constitue un débat animé par la seule question du partage des responsabilités et, par là, des bénéfices de l'intervention auprès des cas, lourds ou légers, chroniques ou transitoires, pour en venir à celle du maintien de la santé mentale et du traitement des troubles psychiques.

Nous ne prétendons pas que la participation à une ressource communautaire constitue une cure miracle à la psychose. Mais nous voulons souligner qu'il existe déjà quelques ressources alternatives qui soutiennent des projets d'intervention psychothérapeutiques auprès de personnes psychotiques. On constate aussi que nombre de ressources d'hébergement, d'entraide, ou de « centre de jour » accueillent de plus en plus de

gens identifiés par le réseau comme des «cas lourds»⁵. De nouvelles expertises sont en train de s'y créer, mais ces ressources seront menacées d'extinction par épuisement à moins d'obtenir de nouveaux moyens. Il faut, en effet, éviter de transformer ces lieux en «arrière-salles» des établissements psychiatriques. Le «virage» que nous proposons consiste plutôt à investir dans le développement de l'autonomie de ces initiatives prometteuses.

Notes

1. Selon ce principe, un système physique isolé, sans échange avec son environnement, évolue inéluctablement vers le plus grand désordre moléculaire. Ce désordre étant ici caractérisé par une homogénéité statistique ou, en d'autres termes, par l'arrêt de son évolution. Pour plus de détails, lire Henri Atlan, «Dogmes et découvertes cachées dans la biologie nouvelle», in *Entre le cristal et la fumée*, Éditions du Seuil, 1979.
2. Pour plus de détails sur ce concept sociologique, voir Bourdieu, «Quelques propriétés des champs», in *Questions de sociologie*, Éditions de Minuit, 1980.
3. À titre d'indice, mentionnons que le Groupe de Lisbonne (1995) indique que les 25 pays de l'OCDE comptaient 11,3 millions de personnes sans emploi en 1973, 30 millions en 1991 et 35 millions en 1994. Au Québec, on estimait en 1989 que le taux réel de sous-emploi équivalait à 28,6% de la population, soit trois fois plus que le taux officiel. En 1991, on évaluait que la pauvreté affectait 19,2% de la population québécoise (Robichaud et al., 1994).
4. Au Québec, le nombre de couples vivant en union libre est passé de 36 685 en 1981 à 68 825 en 1986 et le taux de mariage ne cesse de diminuer. Le taux de divorce est passé de 36,5 % à 46,6% entre 1975 et 1991. En 1991, on évaluait que 20% des familles d'ici étaient formées d'un seul parent (MSSS, 1991). Une étude (Fortier et al., 1990) indiquait qu'un enfant sur deux né en 1985, au Québec, connaîtrait au moins une réorganisation familiale attribuable au divorce ou à la séparation de ses parents avant d'atteindre sa majorité.
5. Cette information nous était récemment confirmée par Irène Bleton et Isabelle Lasvergnas, titulaires d'ateliers de formation offerts à des intervenants des groupes membres du RRASMQ dans le cadre d'une entente avec le Service aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal et le Groupe d'étude psychanalytique interuniversitaire (GÉPI) (automne 95-hiver 96).

RÉFÉRENCES

- APOLLON, W., 1986, Pour une politique en santé mentale, *Santé mentale au Québec*, XI, 1, 75-104.
- BÉLANGER, P. R., 1988, Les nouveaux mouvements sociaux à l'aube des années 90, *Nouvelles Pratiques Sociales*, 1, 1, 101-114.
- BIBEAU, G., 1986, Le facteur humain en politique: applications au domaine de la santé mentale, *Santé mentale au Québec*, XI, 1, 19-41.
- BOUDREAU, F., *De l'asile à la santé mentale*, Éditions St-Martin, Montréal.
- CASTEL, R., 1995, *La métamorphose de la question sociale*, Fayard, Paris.
- CSMQ (Comité de la santé mentale du Québec), 1994, *Recommandations pour développer et enrichir la Politique de santé mentale*, Les publications du Québec, Québec.
- CORIN, E., LAUZON, G., 1986, Les évidences en question, *Santé mentale au Québec*, XI, 1, 42-58.
- CÔTÉ, M.-Y., 1992, La délicate cohabitation du communautaire et de l'institutionnel en santé mentale, Entrevue avec le ministre Marc-Yvan Côté, propos recueillis par Henri Dorvil et Jean Gagné, *Nouvelles Pratiques Sociales*, 5, 1, 7-23.
- DE GAULÉJAC, V., TABOADA LÉONETTI, I., 1994, *La lutte des places*, Hommes et perspectives, Desclée de Brouwer, Marseille, Paris.
- DORVIL, H., 1986, *Les patients qui activent la porte-tournante: Étude clinique et socio-démographique d'une clientèle majeure à l'hôpital Louis-H.-Lafontaine*, Centre de recherche psychiatrique, Hôpital Louis-H.-Lafontaine, Montréal.
- DORVIL, H., GAGNÉ, J., 1992, Vers un nouveau paradigme du changement social?, *Nouvelles Pratiques Sociales*, 5, 1, 25-29.
- DUCLOS, D., 1993, *De la civilité, comment les sociétés apprivoisent la puissance*, La Découverte, Paris.
- FORTIER, G., FRANCOEUR, C., GODBOUT, G., SIMONEAU, B., 1990, *Le vécu des jeunes face à la rupture familiale*, CLSC Suzor-Côté, Victoriaville.
- GARANT, L., 1985, *La désinstitutionnalisation en santé mentale, un tour d'horizon de la littérature*, Gouvernement du Québec, Québec.
- GUAY, L., 1991, Le choc des cultures: bilan de l'expérience de participation des ressources alternatives à l'élaboration des plans régionaux d'organisation de services en santé mentale, *Nouvelles Pratiques sociales*, 4, 2, 43-58
- GROUPE DE LISBONNE, 1995, *Limites à la compétitivité*, Boréal, Montréal.

- LAMOUREUX, Jocelyne, 1994, *Le partenariat à l'épreuve*, Éditions St-Martin, Montréal.
- LECOMTE, Y., 1988, Le processus de désinstitutionnalisation aux États-Unis, *Santé mentale au Québec*, 13, 1, 34-47.
- MORIN, P., 1992, La politique québécoise de santé mentale: espoir ou faux départ?, *Santé mentale au Canada*, 40, 1, 22-27.
- MSSS (Ministère de la santé et des services sociaux), 1991, *Un Québec fou de ses enfants, rapport du groupe de travail pour les jeunes*, Gouvernement du Québec.
- PAGÉ, J.-C., 1961, *Les fous crient au secours*, Les Éditions du Jour, Montréal.
- PARAZELLI, M., 1994, *Des enjeux politiques autour de la définition du communautaire, texte de réflexion*, Regroupement des organismes communautaires autonomes jeunesse du Québec (ROCAJQ), février, document photocopie.
- POIRIER, M., GAGNÉ, J., DORVIL, H., 1989, De l'État-providence à l'État-limite: la nouvelle politique de santé mentale du Québec, *Nouvelles Pratiques Sociales*, 2, 1, 165-175.
- ROBICHAUD, J.-B., GUAY, L., COLIN, C., POTHIER, M., 1994, *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale*, Gaëtan Morin Éditeur, Montréal.