

L'organisation des services en santé mentale dans la région Côte-Nord

The organization of mental health services in the North-Shore region

Mario Paquette

Volume 12, numéro 1, juin 1987

Aspects de la désinstitutionnalisation

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030381ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030381ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Paquette, M. (1987). L'organisation des services en santé mentale dans la région Côte-Nord. *Santé mentale au Québec*, 12(1), 144–149.
<https://doi.org/10.7202/030381ar>

Résumé de l'article

Lors d'un symposium¹ régional en santé mentale tenu à Sept-Îles en octobre 1986, l'auteur a présenté ses principales réflexions concernant l'organisation des services en santé mentale en région Côte-Nord. Dans cet article, il retrace les grandes lignes de son exposé qui est centré autour de deux points. Premièrement, il essaie de démontrer l'importance de s'attarder à la problématique des alternatives à l'institution; deuxièmement, il tente de démontrer la pertinence de l'opérationnalisation des services de prévention en santé mentale propre aux petites communautés.

L'organisation des services en santé mentale dans la région Côte-Nord

Mario Paquette*

Lors d'un symposium¹ régional en santé mentale tenu à Sept-Îles en octobre 1986, l'auteur a présenté ses principales réflexions concernant l'organisation des services en santé mentale en région Côte-Nord. Dans cet article, il retrace les grandes lignes de son exposé qui est centré autour de deux points. Premièrement, il essaie de démontrer l'importance de s'attarder à la problématique des alternatives à l'institution; deuxièmement, il tente de démontrer la pertinence de l'opérationnalisation des services de prévention en santé mentale propre aux petites communautés.

La réflexion qui suit prend l'aspect d'une esquisse de problématique car elle soulève plus de questions qu'elle n'amène de réponses. Notre souci est d'alimenter le débat autour, justement, de ces interrogations. Cette réflexion vise essentiellement deux objectifs: premièrement, démontrer la pertinence de porter une attention toute particulière à la problématique des alternatives à l'institution; deuxièmement, complètement sur un autre registre, démontrer aussi la pertinence de réfléchir sur l'opérationnalisation des services de prévention en santé mentale, particulièrement dans les petites communautés.

LE CADRE DE RÉFÉRENCE DE L'ORGANISATION DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE EN RÉGION CÔTE-NORD.

Pour débiter, indiquons que le Conseil régional de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord a déjà fait connaître son orientation en ce qui regarde le développement des services en santé mentale:

«L'orientation privilégiée quant au développement des services consiste à organiser des services le plus possible en milieu naturel. Dans ce

contexte, les services en milieu institutionnel s'inscrivent en alternative lorsque l'intervention en milieu naturel n'arrive pas à répondre aux besoins de la personne aux prises avec un problème mental» (C.R.S.S.S. Côte-Nord, 1986, 1).

On est à même de constater jusqu'à quel point le mouvement de désinstitutionnalisation exerce une influence sur cette orientation. Or, pour des raisons d'ordre psychosocial et économique, ce mouvement est irréversible, même si pour une large part son impact reste à démontrer, comme l'a indiqué dernièrement Louise Garant (1986). Dès lors, puisque l'organisation des services en santé mentale emprunte, ici comme ailleurs, la désinstitutionnalisation comme cadre de référence, il est justifié de s'attarder à la problématique des alternatives à l'institution étant donné qu'elles doivent, pour une large part, contribuer à éviter l'institutionnalisation. D'ailleurs, il ne faut pas oublier que si la littérature traite abondamment d'alternatives à l'institution, peu d'études ont évalué l'impact de celles-ci (Laurondeau et al., 1983).

L'ACTUALISATION DE LA PROBLÉMATIQUE DES ALTERNATIVES À L'INSTITUTION: UNE NÉCESSITÉ?

Les alternatives à l'institution sont présentées, pour la clientèle des handicapés mentaux, comme étant une solution pouvant favoriser leur intégration sociale étant donné qu'elles sont situées en mi-

* L'auteur, sociologue, est chercheur autonome. Il remercie Denise Couture (professeur au département de sociologie de l'Université de Montréal). Ses critiques sur la forme et le contenu ont été très appréciées.

lieu naturel. Ainsi, ce milieu de vie offrirait un encadrement plus normalisant que celui de l'institution. De plus, certaines études tendraient à démontrer que le fait de vivre au sein de la communauté a des effets bénéfiques pour les handicapés mentaux (Laurendeau et al., 1983). Par contre, certains affirment que les personnes se retrouvant dans la communauté n'ont pas l'encadrement et le soutien nécessaires pour assurer un maximum de développement (Topp, 1984). Quoi qu'il en soit, si la désinstitutionnalisation est possible et souhaitable comme en font foi plusieurs expériences (Lachapelle, 1983), il y a quand même lieu de s'arrêter pour faire le point sur les ressources de remplacement à l'institution. Car si l'on connaît les limites de l'institution, n'est-il pas naïf de croire que les ressources non institutionnelles en sont exemptes? Par exemple, les attentes formulées envers ces ressources sont-elles réalistes ou ne sont-elles qu'un objet passager d'engouement? En d'autres mots, il faut indiquer tant leurs faiblesses que leurs points forts. Cet effort d'objectivité va sans doute contribuer à mettre à la une les problématiques de cette «formule miracle» que Lapointe a qualifiée de «danger constant». Pour sa part, Chabot, a pris soin de nous ramener sur terre :

«une plus grande honnêteté face à la réalité vécue par les malades mentaux et face à ce qu'on entend faire réellement aurait pour avantage de nous garder du mythe des «ressources alternatives» dans lequel nous sommes en train de donner allègement» (Chabot, 1985, 6).

De son côté, Jean-François Reverzy n'a pas été très tendre en affirmant :

«Que les structures intermédiaires et alternatives restent par trop tributaires des modes de pensionnats aliénants, formes modernes de l'enfermement Bien-être social décalqué du Welfare Américain» (1983, 8).

Ces propos devraient-ils retenir notre attention lorsqu'il s'agit de développer ces types de ressources et d'organiser des services à leur endroit? Ne laissent-ils pas présager un paradoxe tout à fait surprenant, c'est-à-dire que ces alternatives à l'institution ne résolvent pas nécessairement les problèmes inhérents au fait de vivre en institution, ceux-ci étant transposés dans les communautés? En récupérant les éléments problématiques relatifs à ces ressources, on bénéficiera d'un apport critique pou-

vant servir de cadre théorique pour la formulation d'objectifs réalistes envers celles-ci et ce, en regard non seulement de leur développement, mais aussi des services nécessaires à dispenser pour assurer l'atteinte des objectifs pour les clientèles visées. Évidemment, il faut faire une lecture de ces apports en ayant toujours en tête le contexte² socio-économique, démographique et géographique de la région Côte-Nord.

Du reste, si la désinstitutionnalisation s'inscrit dans une démarche de normalisation³, il est important d'avoir dans le milieu une gamme tant originale que diversifiée de ressources et de services pour répondre aux besoins des individus et des différentes clientèles. Le C.R.S.S.S. de la Côte-Nord est, certes, conscient de cette importance à prouver ses orientations quant à l'organisation des services en santé mentale. Actuellement, certains types de structures intermédiaires comme la famille d'accueil existent déjà sur la Côte-Nord, et les orientations du C.R.S.S.S. favorisent un développement encore plus important de celles-ci.

UN EXEMPLE : LA FAMILLE D'ACCUEIL

Prenons justement la famille d'accueil comme exemple concret pour démontrer la pertinence du questionnement précédent. La famille d'accueil est une structure intermédiaire qui existe depuis déjà un bon moment. D'ailleurs, elle est très populaire auprès des personnes ayant à coeur la désinstitutionnalisation, puisqu'elle répond, semble-t-il, aux critères de normalisation. De plus, comme nous avons nous-mêmes quelque peu investigué cette ressource, nous sommes en mesure d'apporter notre point de vue sur les critiques formulées à son endroit (Paquette, 1987). Dans une récente entrevue, Louis Roy (1985) a, par exemple, qualifié les familles d'accueil de «valeur très inégale». Mentionnons qu'Henri Dorvil (1984) n'y est pas allé par quatre chemins lorsqu'il a écrit qu'à part quelques exceptions, la réinsertion sociale est inexistante dans les familles d'accueil. Ces ressources ne seraient, à son avis, que des «aires d'hébergement.» En plus, il semble que les familles d'accueil ont fait l'objet de virulentes critiques : elles seraient des «mini-asiles» où bien souvent les activités courantes se limitent à manger, dormir, se lever...

De son côté, Monique Trottier a résumé dans ces termes une étude effectuée au cours des années 70 par H.B.M. Murphy :

(Les)... «familles d'accueil n'ont guère su améliorer les conditions de vie qui existaient jadis dans la salle de l'asile et ont reproduit, dans l'application de leurs soins aux malades, les conditions d'aliénation que ceux-ci avaient déjà connues... Les chercheurs concluent que la famille d'accueil offre un apport positif s'il s'agit de maintenir le patient hors de l'hôpital et à un bas niveau de symptomatologie. Par contre, ils estimaient que si l'on désirait resocialiser les patients et les empêcher de s'installer dans un état de marginalité prolongée, si l'on souhaitait qu'ils retrouvent un fonctionnement antérieur qui était plus adéquat ou même qu'ils conservent un certain potentiel utilisable, il faudrait penser à des solutions autres que celle de la famille d'accueil» (1981, 20-21).

Ces résultats de recherches et ces critiques doivent nous faire réfléchir ; certains parlent même de recul pour les bénéficiaires par rapport au milieu de vie en institution. Or, comment, dans ces conditions, peut-on parler de normalisation ou d'intégration sociale pour les personnes directement concernées...? De fait, la réalité de deux expériences de familles d'accueil de réadaptation vécues dans un secteur de la région, réalité que nous avons investiguée dans le cadre d'une étude exploratoire, nous permet de souligner quelques problèmes : isolement social des bénéficiaires, manque de support accordé aux familles d'accueil, vocation de réadaptation de cette ressource mise en doute, ressource qualifiée d'instable, d'insécurisante, de structure fragile, etc.

De plus, le mouvement de désinstitutionnalisation s'est amorcé en postulant que la communauté était d'emblée prête à s'impliquer dans la réintégration sociale des handicapés mentaux, ce qui n'est certainement pas toujours évident. Ce n'est tellement pas évident que les intervenants rencontrés, lors de notre étude, étaient unanimes à dire qu'il y a une pénurie de familles d'accueil et qu'il est très difficile d'en recruter ; ces difficultés s'accroissent d'autant plus s'il s'agit de recruter des familles d'accueil de réadaptation : «Il n'en pleut pas des familles d'accueil... elles sont tellement rares» (intervenant, in Paquette, 1987). Sans compter qu'il n'est pas cer-

tain que les communautés rurales soient plus enclines que d'autres à accepter des handicapés mentaux dans le milieu :

«tu vas voir, quand tu vas faire du recrutement ce que les gens nous disaient. Des fous, nous n'en voulons pas non, non, c'est bien trop, nous ne voulons pas de ça» (intervenant, in Paquette, 1987).

Par conséquent, en considérant ce qui précède, on peut se demander si la famille d'accueil est une alternative à l'institution?

Bref, comme la désinstitutionnalisation sert de cadre de référence pour l'organisation des services en santé mentale et que celle-ci implique le développement d'alternatives à l'institution, il s'avère important d'actualiser les problématiques dégagées en ce qui les concerne et ce, afin de maximiser sur leurs réelles possibilités.

L'OPÉRATIONNALISATION DES SERVICES DE PRÉVENTION DANS LES PETITES COMMUNAUTÉS.

Passons maintenant à la deuxième partie du texte qui traite de l'opérationnalisation des services de prévention en santé mentale, plus particulièrement dans les petites communautés. Indiquons dès le départ qu'il y a près de la moitié des habitants de la région qui habitent dans de telles communautés, c'est-à-dire à l'extérieur des agglomérations de Sept-Iles, Port-Cartier et Baie-Comeau. Par ailleurs, on sait que le Conseil régional de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord a une volonté de développer des équipes d'intervention en santé mentale dans les Centres locaux de services communautaires et les Centres de santé pour, entre autres, dispenser des services de prévention. Cette volonté est manifestement très justifiée. En effet, nous ne vous apprendrons rien en disant que les problèmes de santé mentale au Québec, comme ailleurs, ont pris des proportions tout à fait alarmantes. En outre, au Québec, les troubles mentaux accaparaient, en 1980-1981, la plus grande partie des dépenses publiques de santé soit près de 18 % du budget alloué (C.A.S.F., 1984). Face à ce fléau, l'unanimité semble se faire quant à la nécessité de travailler pour mettre sur pied des stratégies permettant de remédier ou à tout le moins d'atténuer ces problèmes qui sont lourds de conséquences sur

le plan socio-économique autant pour les individus affectés que pour toute la société.

LA PRÉVENTION : À LA RECHERCHE DE STRATÉGIES...

Or, s'il y a des problèmes de santé mentale, il faut admettre que personne ne peut se vanter d'avoir en sa possession les moyens ou solutions toutes simples pour les régler. Ainsi, au Québec, depuis quelques années, on a commencé à investir au niveau de la prévention en santé mentale. Cependant, Dominique Gaucher disait récemment :

«Les services de prévention sont pour ainsi dire inexistants actuellement et, sans doute pour cause. Où, quand et comment prévenir les troubles mentaux? Qui sont les clientèles à risque? Les modèles développés en santé publique, qui distinguent prévention primaire, secondaire et tertiaire, ne sont pas nécessairement adéquats en santé mentale» (1985, 43-44).

Quant à Michel Mongeon, il écrivait :

«Nous savons très peu de choses sur la planification de stratégies de prévention en santé mentale et sur les habiletés nécessaires pour réaliser ce genre de prévention... Quiconque ayant examiné avec attention le contenu d'une stratégie de prévention - américaine ou canadienne - se rend rapidement compte des difficultés associées à l'implantation d'une stratégie. D'ailleurs, la notion même de prévention est complexe à saisir lorsqu'on tente de l'appliquer» (1985, 114).

On constate donc, qu'au-delà du discours mettant en relief toute l'importance de faire de la prévention en santé mentale, il y a lieu de réfléchir sérieusement sur l'opérationnalisation des stratégies de prévention, et comme on va le voir, particulièrement dans les petites communautés.

À cet égard, deux modèles théoriques peuvent servir de cadre de référence pour nous aider dans l'élaboration de stratégies de prévention en santé mentale. Il s'agit du modèle de la santé communautaire et de ce qu'on pourrait nommer son complément, le modèle écologique. Le premier modèle développe une approche systémique basée sur l'interdépendance des facteurs «bio-psychosociaux» dans la compréhension des problèmes de santé mentale, alors que le deuxième s'inscrit dans une perspective socio-environnementale.

DIFFICULTÉ DE LA MISE EN OEUVRE DE STRATÉGIES DE PRÉVENTION

Toutefois, si les modèles théoriques peuvent être d'une grande utilité, il n'en demeure pas moins qu'ils comportent des limites. Landry et Perreault nous le rappellent fort bien :

«(...) les modèles théoriques offrent des perspectives générales, ils peuvent être utiles ou inutiles, stimulants ou sans intérêt, productifs ou stériles mais règle générale, ils ne peuvent être ni vrais, ni faux» (1983, 165).

Un exemple nous aidera à mieux comprendre. Michel Mongeon, dans son modèle écologique de promotion de la santé mentale, a élaboré une classification de stratégies se regroupant autour de quatre axes :

1. développer des réseaux d'aide naturelle;
2. faire connaître les ressources alternatives aux intervenants;
3. développer la concertation avec les différents établissements du réseau;
4. développer l'éducation sanitaire en santé mentale.

Attardons-nous sur la première stratégie proposée; cela sera amplement suffisant pour la démonstration. Selon Mongeon, une des choses à faire pour favoriser le développement des réseaux d'aide naturelle, c'est leur fournir du soutien pour qu'ils puissent prendre de l'expansion. L'auteur énumère quatre «actions» que les professionnels peuvent entreprendre pour donner du support aux «aidants naturels», c'est-à-dire les parents, amis et voisins :

1. repérer les leaders naturels et leur offrir le support qu'ils recherchent;
2. rencontrer les groupes populaires afin de les sensibiliser aux problèmes vécus par la population;
3. fournir aux aidants naturels les services dont ils ont besoin (services à domicile, locaux, transports, consultation, etc.);
4. préparer des programmes de santé visant non seulement les malades mais tous ceux qui s'en occupent.

Or, si l'on opérationnalise ces actions dans le but de prévenir un problème spécifique, celui de la violence conjugale - problème vécu par plusieurs femmes dans la région et face auquel l'on est particulièrement démuné dans les communautés - nous

allons découvrir les difficultés de la mise en oeuvre de ces stratégies. D'abord, comment identifier les aidants naturels et a fortiori leur donner du support? La violence familiale n'a-t-elle pas déjà été identifiée comme étant sous le joug d'une «conspiration du silence» dans certaines communautés de la région? :

«En résumé, la violence familiale est un sujet délicat qui mérite une étude poussée et exige beaucoup de doigté... habituellement, cette situation de violence familiale est tenue cachée et lorsqu'on l'apprend, c'est souvent de façon indirecte... Il est difficile d'intervenir puisque la victime cache ou nie le fait. Une conspiration du silence entoure donc ces drames et les cas connus ne représentent sans doute qu'une faible part des cas réels» (Corin et al., 1985, 57).

D'ailleurs, Corin et al. (1985) nous ont rappelé dans leur étude sur «le contexte social et culturel des problèmes socio-sanitaires en Moyenne Côte-Nord» qu'on ne s'introduit pas facilement dans la vie privée des gens :

«Il s'agit d'une affaire [La violence familiale] qui se règle en famille et les victimes ont rarement recours à de l'aide extérieure... Toute immixtion dans des affaires de familles par des voisins ou par tout autre personne apparaît donc spécialement délicate; nous avons insisté sur la dissimulation et le secret parce que ces comportements disent quelque chose dont les services et les intervenants doivent tenir compte» (Corin et al., 1985, 57).

De même, comment sensibiliser les organisations populaires alors que celles-ci se font très rares voire même inexistantes. De plus, comment fournir des services dans ces petites localités quand les ressources humaines pour dispenser les services à domicile ou pour faire les consultations sont des plus limitées, voire même aussi inexistantes? Même phénomène pour les ressources communautaires (locaux, transports, etc.). Ces quelques interrogations n'invalident pas pour autant le modèle théorique de l'auteur, mais elles mettent en évidence jusqu'à quel point les stratégies qui en découlent prennent le milieu urbain comme cadre évident de l'intervention. Ces questions nous indiquent la nécessité de bien circonscrire la problématique de l'intervention en matière de prévention dans les petites communautés. La problématique de l'intervention préventive,

en plus de s'attarder aux limites de l'environnement communautaire, devrait aussi permettre de mettre à jour ce que Corin et al. (1985) nomment : «des interventions socialement et culturellement acceptables par ces communautés». En ce sens, cela devrait favoriser ce que l'anthropologue Marc-Adélar Tremblay appelait :

«... une philosophie de l'intervention socio-culturelle et de la prévention qui s'applique à la fois aux systèmes sociaux et aux individus dans le respect de leurs caractéristiques propres et de leurs aspirations» (1983, 52).

En terminant, s'intéresser à la problématique des alternatives à l'institution, de même qu'à l'opérationnalisation des services de prévention en santé mentale dans les petites communautés n'épuise certainement pas la réflexion sur l'organisation des services en santé mentale dans la région Côte-Nord. Toutefois, si les interrogations soulevées ici s'avèrent être le catalyseur d'un débat autour de ces deux thèmes, notre objectif aura été atteint.

NOTES

1. Le symposium avait comme objectif de susciter une réflexion régionale en matière de santé mentale. L'expertise des membres du Comité de la santé mentale du Québec a été sollicitée afin d'alimenter cette réflexion.
2. Dans le rapport du C.R.S.S.S. présenté à la commission Rochon, il est indiqué que la population n'est que d'un peu plus de 100 000 habitants et qu'environ la moitié de la population habite Baie-Comeau et se répartit dans des petites communautés regroupant de 140 à 4 000 habitants. Il est aussi indiqué que le chômage est très élevé et que plusieurs communautés ont la caractéristique d'être isolées géographiquement (C.R.S.S.S. Côte-Nord, 1986, voir bibliographie).
3. Selon Wolfensberger, la normalisation est : «L'utilisation de moyens culturellement normatifs (ou valorisés) afin d'offrir aux personnes handicapées des conditions de vie qui sont au moins aussi bonnes que celles du citoyen moyen et d'instaurer des comportements personnels, une apparence, un statut et une réputation qui se rapprochent le plus de ceux du citoyen moyen» (Wolfensberger 1980, in Laurendeau et al., 1983).

À noter que Wolfensberger, dans une nouvelle conceptualisation de la normalisation, préconise désormais l'utilisation du terme «valorisation sociale» plutôt que «normalisation» et «principe de normalisation». Pour en savoir davantage sur les fondements théoriques ayant conduit l'auteur à faire ce choix, consulter : Wolf Wolfensberger, La valorisation du rôle social : une nouvelle «conceptualisation» de la normalisation, *Déficiência mentale*, 34, n° 2, 1984, 26-30.

RÉFÉRENCES

- CHABOT, Paul-Eugène, 1985, Les mots qui dispensent d'agir, *Revue Notre-Dame*, no 3, 4-6.
C.A.S.F., 1984, *Objectif Santé*, Gouvernement du Québec, 217 pages.

- CORIN, ELLEN et al., 1985, *Le contexte social et culturel des problèmes socio-sanitaires en moyenne Côte-Nord : une perspective pour le développement de services communautaires*, rapport présenté à la direction des services communautaires du Centre de Santé St-Jean-Eudes, au Havre St-Pierre, 200 pages.
- C.R.S.S.S. Côte-Nord, 1986, *État de situation régionale du réseau des services en santé mentale*, rapport sommaire, août, 2 pages, non publié.
- C.R.S.S.S. Côte-Nord, 1986, *Présentation du C.R.S.S.S. Côte-Nord à la commission Rochon*, mai, 10 pages, non publié.
- DORVIL, Henri, 1984, Les ressources alternatives au C.H. Louis H. Lafontaine, *Administration hospitalière et sociale*, 30, n° 6, 31-41.
- GARANT, Louise, 1986, La désinstitutionnalisation, *Santé et Société*, 8, n° 1, 17-19.
- GAUCHER, Dominique, 1985, L'organisation des services en santé mentale au Québec, *Sociologie et Sociétés*, XVII, n° 1, 41-49.
- LACHAPPELLE, Richard, 1983, La désinstitutionnalisation de Maison St-Clothilde inc. un défi à surmonter, *l'Accueil*, 10, n° 8, 19-31.
- LANDRY, Paul, PERREAULT, Chantal, 1983, Émergence d'une approche provinciale à la présentation en santé mentale communautaire (pp. 159-174), in *Pour une mission en santé*, colloque D.S.C., décembre, (cahier post-colloque).
- LAPOINTE, Claude, 1983-4, Le centre d'accueil Dixville inc., un modèle différent de réadaptation, *l'Accueil*, 10, n° 10, 29-41.
- LAURENDEAU, Marie-Claire et al., 1983, Une évaluation de l'impact d'un programme de désinstitutionnalisation de personnes vivant un handicap mental, *Déficiência mentale*, 33, n° 1, 3-18. 43-46.
- MONGEON, Michel, 1985, La promotion de la santé mentale : implication d'un modèle écologique, *Santé mentale au Québec*, X, n° 1, 114-121.
- PAQUETTE, Mario, 1987, *Évaluation de deux expériences de famille d'accueil de réadaptation*, C.R.S.S.S. Côte-Nord, 125 pages.
- REVERZY, Jean-François, 1983, Je me souviens, *Transitions*, no. 16, 7-9.
- ROY, Louis, 1985, Il n'y a pas de politique d'intégration sociale des malades mentaux, *Revue Notre-Dame*, n° 3, mars, 16-27.
- TOPP, John, 1984, Les ressources alternatives pour handicapés intellectuels, *Administration hospitalière et sociale*, XXX, n° 6, 65-68.
- TREMBLAY, Marc-Adélar, 1983, La santé en tant que phénomène global, in Joshi, P., de Grace, G.-R. eds., *Conceptions contemporaines de la santé mentale*, Décarie, Montréal, 49-89.
- TROTTIER, Monique, 1981, Familles d'accueil et patients psychiatriques chroniques, *Service social*, 30, n° 1 et 2, 19-25.

SUMMARY

During the course of a regional symposium on mental health that took place at Sept-Îles in October 1986, the author presented his views concerning the organization of mental health services in the North Shore region. In this article, he develops the two central ideas that supported his presentation. Firstly, he attempts to show to what extent it is imperative to deal with the issues surrounding alternatives to institutionalization; secondly, he attempts to show the importance of operationalizing services offered in small communities, in the area of preventive mental health care.