

Vers un nouveau paradigme du changement social?

Henri Dorvil et Jean Gagné

Volume 5, numéro 1, printemps 1992

Santé mentale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/301155ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/301155ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (imprimé)

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Dorvil, H. & Gagné, J. (1992). Vers un nouveau paradigme du changement social? *Nouvelles pratiques sociales*, 5(1), 25–29.
<https://doi.org/10.7202/301155ar>



Vers un nouveau paradigme du changement social ?

Henri DORVILLE
Université du Québec à Montréal

Jean GAGNÉ
Maison Saint-Jacques

L'idée de présenter dans ce numéro un dossier « santé mentale » nous apparaît opportune au moment où s'implante au Québec une vaste réforme de la santé et des services sociaux. D'une part, la revue *Nouvelles pratiques sociales*, comme son nom l'indique, s'intéresse en priorité à l'innovation des pratiques dans le champ social et sanitaire et, d'autre part, la nouvelle *Politique de santé mentale* (Lavoie-Roux, 1989), de l'aveu même du ministre Marc-Yvan Côté, constitue le modèle qui inspirera toute cette réforme (voir dans ce numéro notre entrevue avec le ministre responsable). Dans ce contexte, un bref tour d'horizon de l'état de ce champ social, ne pouvait, à notre avis, que convenir à un lectorat attentif aux impacts des politiques sociales sur les pratiques de terrain. Qu'il s'agisse de comptes rendus de recherche ou de récits de pratiques, les quelques articles qui composent ce dossier ont précisément la particularité de concrétiser les grandes problématiques qui confrontent aujourd'hui les praticiens en santé mentale : désinstitutionnalisation, transinstitutionnalisation, potentiel innovateur des ressources alternatives et capacité d'accueil de la communauté. C'est sur cette trame de fond que s'inscrivent les articles de ce dossier préparé peu avant la mise en place des structures consultatives prévues pour assurer la bonne marche de la nouvelle politique.

Au delà de la régionalisation et de la reconnaissance des organismes communautaires, l'enjeu majeur de la réforme consiste désormais à placer les intérêts de l'usager au coeur même du réseau. « Je suis une personne, non une maladie », disaient les patients psychiatriques aux membres du Comité de la politique de santé mentale dirigé par le psychiatre Gaston Hamois (1987). Une des conclusions de la Commission Rochon (1988) faisait écho à cette déclaration. Le système, pouvait-on lire, était « pris en otage » par les groupes d'intérêts qui s'en partageaient la gestion. L'enjeu de la réforme, à laquelle participe la nouvelle politique de santé mentale, était donc de taille : faire émerger de nouveaux espaces d'action dans un système sclérosé ou, pour parler comme Bourdieu (1980), dans un champ social où toutes les positions profitables sont déjà occupées par des agents et institutions de telle manière que tout nouvel entrant y serait condamné à l'orthodoxie.

D'aucuns auront reproché à cette réforme de ne s'adresser qu'aux structures tout en faisant l'économie d'un débat sur les fondements des interventions qu'elle veut corriger (Guay, 1991). La reconnaissance du secteur communautaire et l'invitation qui lui est faite de participer à la planification des services instaurent toutefois un précédent historique dans ce champ d'activités. Pour une première fois au Québec, d'importantes structures consultatives ne sont plus dominées par les seuls professionnels du réseau (Morin, 1992). Pour les uns, il s'agit d'une ouverture démocratique aux revendications populaires, tandis que pour les autres ce n'est là qu'une manœuvre du gouvernement pour réduire ses frais en s'inféodant les organismes communautaires réputés être des producteurs de services « à bon marché ». Dans une perspective comme dans l'autre, l'inscription par le Ministre de ces ressources communautaires en tant que partenaires des professionnels, syndiqués et administrateurs du réseau devrait néanmoins avoir pour effet de provoquer une crise salutaire dans le champ de la santé mentale au Québec. Le régime, bloqué par la « corporisation » extensive de ses intervenants, voit ainsi son vieil équilibre mis en péril par l'homologation de nouveaux aspirants légitimes aux bénéfices spécifiques offerts par ce champ social (emplois, prestige ou autorité). Dès lors, le système est agité de nouveaux mouvements, les rôles respectifs des différents acteurs sont remis en jeu et la réorganisation est commandée dans une atmosphère de compétition. Le problème sera de s'assurer que l'enjeu de cette concurrence ne soit pas l'appropriation du client par l'un ou l'autre des distributeurs de services, mais bien la satisfaction de la demande d'aide exprimée par des personnes. Comme l'indiquent cependant Crozier et Friedberg (1977), l'action des acteurs dans toutes les organisations humaines échappe le plus souvent aux intentions des planificateurs. Ces dernières produisent des effets non désirés, parfois indésirables ou « pervers ». De là le décalage flagrant entre les attentes des acteurs, principalement les patients psychiatriques, et les finalités du système. L'article de Paul Morin, publié dans

le dossier, s'intéresse à cette difficulté au chapitre particulier de l'hébergement des personnes psychiatriquées dans la communauté. L'auteur nous propose là une réflexion sur la dimension sociospatiale de l'insertion communautaire. Ce questionnement, jusqu'ici à peu près absent du débat, met en lumière le danger du recours à une définition « technique » de la communauté, ainsi que des besoins de logement de la population visée, qui aurait déjà donné lieu à une nouvelle forme de ségrégation là où on voulait précisément l'éliminer.

Selon l'adage, il faut qu'une porte soit ouverte ou fermée. Autrement dit, la question qui se pose est de savoir si, une fois entrés dans les officines tripartites, les « experts » du communautaire et du réseau ne verront pas se fermer derrière eux la porte et, avec elle, leurs liens organiques avec les milieux de la pratique d'où ils proviennent. Utilisons une des lois de la thermodynamique pour illustrer les conséquences possibles d'une telle fermeture. Formulée grossièrement, cette loi consiste à prédire l'« entropisation » (ou la désorganisation) de tout système physique fermé, sans échange avec son environnement (Atlan, 1979). Autarcique, un tel système en vient à réduire son mode organisationnel à la redondance. C'est l'image de la goutte d'encre qui se diffuse dans un baquet d'eau : à la fin le mélange est homogène mais inerte, seule une intervention extérieure pourrait désormais en permettre l'évolution. Par contre, les systèmes ouverts ont l'avantage de se développer en profitant de l'interrelation de composantes étrangères, voire hostiles, et en s'adaptant ainsi à leur environnement lui-même en mouvance. Prolongeant cette métaphore empruntée à la biologie, on peut se demander si la programmation des objectifs du partenariat, à partir des priorités établies par le Ministère qui balisent les voies et le mode de collaboration entre les acteurs sur le terrain, ne contreviendrait pas à l'émergence de nouvelles problématiques issues de la confrontation des expertises variées entre ces nouveaux partenaires ? Le quadrillage des Plans régionaux d'organisation de services (PROS), du Système d'informatisation de la santé mentale (SISM) et des Plans de services individualisés (PSI) ne risque-t-il pas d'étouffer l'humanisation souhaitée de la relation d'aide ?

On pourrait poser autrement la question et se demander si après 150 ans d'institutionnalisation de ses membres en difficulté, la communauté est aujourd'hui prête à réassumer ses anciennes prérogatives d'éducation, de disciplinarisation et de support ? Rompre avec le « clientélisme » qui ne considère la personne que comme un consommateur de services, signifie aussi la création de liens conviviaux adaptés au contexte culturel et économique des années 90. Or, ce « mandat » ne peut être accepté par la communauté sans que cette dernière ne participe aussi à son orientation. Autrement dit, le véritable partenariat se fonderait plus sur un *continuum* d'alliances consenties et mouvantes, plutôt que sur l'idée d'une complémentarité instituée et comman-

dée de l'extérieur. L'article de White et associés qui identifie trois modèles de concertation (complémentarité, collaboration, alliance) devait nous renseigner sur cette question.

Dans ce même esprit, la demande qui est faite aux hôpitaux psychiatriques, à l'effet de réallouer leurs ressources vers le support et la création de services dans la communauté, suppose que les administrateurs de ces établissements accordent aux organismes communautaires la crédibilité suffisante pour se départir à leur profit d'une part de leur ancien mandat. Ajoutons à cette limite éthique, celle constituée par les contraintes difficilement contournables que sont les ententes syndicales ou contractuelles qui, nonobstant la réallocation, resteront à la charge des administrations des établissements. Il y a fort à parier que dans ce contexte, les institutions aient doublement tendance à définir elles-mêmes les services communautaires à mettre en place. La disparité des ressources des uns et des autres permet de craindre que la « communautarisation » souhaitée ne se traduise dans la réalité que par le prolongement de l'intervention institutionnelle dans la communauté, voire par la phagocytation des organismes communautaires incités financièrement à ne se développer qu'en fonction des PROS. À cet égard, l'article de l'équipe de la Maison St-Jacques publié aussi dans le dossier se veut un exemple des ressources communautaires qui, depuis plusieurs années, en sont arrivées à offrir un programme d'intervention clinique original et hors institution, que l'on ne saurait réduire aux seules dimensions de réadaptation et de réinsertion sociales.

On retrouvera dans le dossier plusieurs articles qui soulignent la difficulté qu'éprouvent les personnes désinstitutionnalisées à obtenir des services adaptés à leur situation. Le haut taux de réadmission des personnes ayant fréquenté les services psychiatriques témoigne de cette trop faible accessibilité aux ressources de la communauté. Les coûts entraînés par cette situation sont énormes non seulement sur le plan financier mais aussi et, sans doute, surtout, sur le plan humain. Les lieux de circulation des personnes présentant des problèmes de santé mentale se sont modifiés et ces dernières sont prises en charge par d'autres institutions tel le système pénal. L'article de Laberge et Robert nous révèle une autre face cachée d'une désinstitutionnalisation à rabais et mal planifiée.

Nous souhaitons que notre dossier stimulera la réflexion non pas dans le sens d'une totalitarisation des réseaux d'aide institutionnel, communautaire et convivial en un seul système, mais bien dans le sens de la promotion partout d'une attitude d'écoute face aux demandes variées des personnes confrontées à des problèmes psychosociaux culturels et économiques qu'on ne peut définir une fois pour toutes et surtout pour tous. Le virage communautaire proposé par les pouvoirs publics ne nous semble souhaitable et possible que dans

la mesure où il se prendra dans le plus grand respect des « nouvelles pratiques sociales ». Les innovations, par définition, apparaissent sans avoir été planifiées par les structures et cette dynamique naturelle ne devrait pas être étouffée par excès de zèle technocratique. Cette ouverture à la véritable responsabilisation des acteurs sociaux serait, en conclusion, une alternative au mode traditionnel de changement social qui, défini par en haut, en vient presque inéluctablement à se situer en porte-à-faux par rapport à la réalité telle que vécue par les citoyens d'en bas.

Bibliographie

- ATLAN, Henri (1979). *Entre le cristal et la fumée*, Paris, le Seuil.
- BOURDIEU, Pierre (1980). *Questions de sociologie*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (OU COMMISSION ROCHON) (1988). *Rapport*, Québec, Les Publications du Québec.
- COMITÉ DE LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE (OU COMITÉ HARNOIS) (1987). *Pour un partenariat élargi, projet de politique de santé mentale pour le Québec*, Québec, Les Publications du Québec.
- CROZIER, Michel et Erhard FRIEDBERG (1977). *L'acteur et le système*, Paris, le Seuil.
- GUAY, Lorraine (1991). « Le choc des cultures : bilan de l'expérience de participation des ressources alternatives à l'élaboration des plans régionaux d'organisation des services en santé mentale », *Nouvelles Pratiques Sociales*, vol. 4, n° 2, automne, 43-58.
- LAVOIE-ROUX, Thérèse (1989). *Politique de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MORIN, Paul (1992). « La politique québécoise de santé mentale : espoir ou faux départ ? », *Santé mentale au Canada*, vol. 40, n° 1, 22-27.