

Main basse sur les ressources alternatives Hands off alternative resources

Paul Morin

Volume 11, numéro 2, novembre 1986

Politiques et modèles II (1) et La psychosomatique (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030347ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030347ar>

[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

Morin, P. (1986). Main basse sur les ressources alternatives. *Santé mentale au Québec*, 11(2), 89–94. <https://doi.org/10.7202/030347ar>

Résumé de l'article

La notion de ressource alternative est à la mode; cependant, les ressources alternatives, elles, en sont encore à lutter pour leur survie financière; de plus, les jeux de pouvoir les défavorisent. La situation des ressources alternatives est décrite par des exemples tirés de la région de Montréal et par des extraits du mémoire du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, présenté à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux.

Main basse sur les ressources alternatives

Paul Morin*

La notion de ressource alternative est à la mode; cependant, les ressources alternatives, elles, en sont encore à lutter pour leur survie financière; de plus, les jeux de pouvoir les défavorisent. La situation des ressources alternatives est décrite par des exemples tirés de la région de Montréal et par des extraits du mémoire du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, présenté à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux.

L'auteur a aimablement accepté de ne pas personnaliser le débat dont il rend compte dans cet article. Nous le remercions grandement.
N.D.L.R.

Non, je ne rêve pas éveillé; je suis bien dans un hôtel de Montréal, en ce mois de mars 86, en train d'assister à un colloque sur les ressources alternatives et les structures intermédiaires.

L'élite gestionnaire du réseau, plus particulièrement en santé mentale, s'y est donné rendez-vous; nous sommes bel et bien à la mode.

Il y a quelque chose d'indécemment dans ce type de manifestation pour ceux et celles qui en arrachent depuis des années, afin de créer des ressources alternatives; offrir la tribune d'ouverture au directeur général d'un centre hospitalier, pour une réflexion sur ce genre de ressources, équivaut à demander au président du Conseil du Trésor, de discourir sur l'importance du tissu communautaire.

Les gestionnaires du réseau n'ont pas le monopole des crocs-en-jambe, mais quand on connaît leurs responsabilités dans le cul-de-sac de notre système de santé et de services sociaux, il faut être drôlement culotté pour s'approprier maintenant un discours communautaire.

Cette tentative d'adaptation des institutions aux nouvelles réalités favoriserait la créativité et la productivité (Gendreau, 1984); nous serions coupables d'ostracisme. Un peu comme l'arroseur arrosé, les ressources alternatives se font renvoyer l'ascenseur.

Il y a quelque chose d'obsène dans ce genre de raisonnement; on fait référence aux ressources alternatives comme si elle prenait toute la place, alors

qu'en réalité, la priorité des priorités, pour la très grande majorité d'entre elles, demeure la survie.

La situation des ressources alternatives sera décrite de deux façons; d'abord, de façon plus théorique par la reproduction d'extraits du mémoire présenté à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux par le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec. Ensuite, en nous inspirant de faits récents survenus à Montréal, nous montrerons que la notion de rapports de forces reste toujours aussi essentielle pour comprendre les jeux de pouvoir actuels. Dans le meilleur intérêt de la population, cela va de soi...

HOMO OECONOMICUS

Les extraits du mémoire du Regroupement donnés ci-dessous peuvent paraître un texte circonstanciel, car il nous a fallu passer sous les fourches caudines du discours économique; cependant, nous croyons qu'il traduit sensiblement les états d'âme du mouvement alternatif.

Aujourd'hui, dans cette brève présentation, nous vous entretiendrons du paradoxe suivant: même si le mouvement alternatif permet à l'État de réduire ses dépenses et qu'il ait d'ores et déjà fait la preuve de son efficacité (C.S.M.Q., 1985), nos ressources en sont encore à demander à l'État une reconnaissance légale.

À ce stade-ci de la Commission d'enquête, nous avons d'abord voulu faire le point, preuves à l'appui, sur le manque de rigueur scientifique de l'intervention médico-psychiatrique en santé mentale. D'autres l'ont fait avant nous, mais il nous a semblé utile de refaire l'exercice, car l'accumulation des constats d'échec n'a en rien influé sur l'offre

* L'auteur est agent de développement au Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec.

des services, puisque sur les 500 millions \$ dépensés annuellement dans le réseau public de soins en santé mentale, seulement 1%, soit 5 millions, est octroyé aux ressources alternatives.

Permettez que nous en référions de nouveau à ces constats:

«La situation actuelle dans le domaine de la santé mentale est caractéristique de cet état de fait: les ressources humaines, matérielles et financières sont énormes, la formation des intervenants est impressionnante, l'autonomie régionale en matière de programmation des services est reconnue, et pourtant, l'état de la santé mentale des Québécois décroît.» (Plante, 1985).

L'association des hôpitaux du Québec qualifie le système de soins en santé mentale du réseau de:

«... peu diversifié selon les besoins de la clientèle, presque uniquement de services psychiatriques, parapsychiatriques et d'hébergement, focalisés dans les centres hospitaliers, avec peu ou presque pas d'intégration en amont et en aval dans le tissu social.» (A.H.P.Q., 1983).

Selon Roger Paquet du Comité de la santé mentale au Québec:

«Quel que soit l'angle d'analyse, le système de santé mentale représente des failles importantes qui compromettent sérieusement le maintien et la réinsertion dans la communauté, dans des conditions acceptables de personnes éprouvant ou ayant éprouvé des difficultés de santé mentale.» (Paquet, 1985).

Pour le Dr. Georges Aird, de la Commission d'étude sur les services psychiatriques de la région 06A:

«Je parlais tantôt du débordement du réseau psychiatrique. Celui-ci a peut-être lui-même créé ce débordement en s'imaginant qu'il était seul capable de s'occuper des problèmes psychiatriques de la société. Je pense qu'on a la preuve bien concrète devant les yeux que c'est illusoire de s'imaginer cela.» (Aird, 1985).

La Fédération des C.L.S.C. rappelle opportunément:

«... que si l'on parle de services de soutien et de réinsertion sociale aux personnes atteintes de troubles mentaux, c'est en bonne partie à cause de l'échec de l'institutionnalisation.» (C.L.S.C., 1985).

La consultation publique menée l'an passé par le Comité de la santé mentale du Québec corrobore ces affirmations; quatre lacunes majeures du réseau avaient alors été identifiées:

- manque de diversification des ressources;
- accessibilité problématique;

- faible niveau de complémentarité;
- manque d'information et de sensibilisation.

L'hégémonie d'un type de prise en charge médicale provoque un déséquilibre entre les niveaux de services (prévention, traitement, réadaptation, réinsertion sociale) et les secteurs d'intervention (médical, psycho-social, communautaire).

Le point limite semble cependant enfin! atteint; la crise de l'État-providence, conjuguée avec l'évidente inefficacité du modèle médico-psychiatrique, ne peut entraîner autre chose, cette fois-ci, que des changements majeurs dans le mode d'organisation des services.

Nous, des ressources alternatives en santé mentale, n'avons pas attendu un décret gouvernemental, ni l'épuisement des finances de l'État pour proposer des solutions différentes, à partir des capacités de prise en charge du milieu.

Depuis une dizaine d'années, en liaison étroite avec l'ensemble du mouvement communautaire, nous avons créé des lieux d'accueil qui sont des solutions concrètes au mal de vivre ressenti par plusieurs personnes.

Les femmes, les personnes handicapées, les jeunes ont, eux aussi, créé leurs propres alternatives, comme par exemple, les maisons de femmes victimes de violence, les maisons de jeunes, etc.

Ce choix de société, où la communauté locale s'implique et où les lieux d'appartenance jouent un rôle capital, ne s'est pas matérialisé du jour au lendemain; d'innombrables énergies y furent, et y sont toujours, consacrées dans un perpétuel contexte d'insécurité financière.

Dans ce champ d'intervention peu commode, nous avons continué à progresser malgré les nombreuses embûches du réseau institutionnel. C'est ainsi que les ressources alternatives en santé mentale se sont multipliées et ont été reconnues.

Cette légitimation des ressources alternatives s'inscrit cependant dans un contexte particulier, qui nous fait craindre que les véritables novateurs soient laissés pour compte et n'aient qu'une portion congrue dans la réallocation des ressources financières.

À l'heure où les mots d'ordre sont efficacité et rentabilité, nous avons toujours su, pour emprunter le langage économique, que le capital humain est la ressource essentielle.

Par notre engagement dans la communauté, nous avons su mieux utiliser les ressources financières

et humaines.

En favorisant la prise en charge des personnes par elles-mêmes, en mettant en valeur le potentiel de la communauté, nous diminuons la dépendance. Sur le plan économique, l'État bénéficie du développement de cette solidarité communautaire.

Nos ressources ont une couleur locale, pour employer cette fois un langage communautaire. Sans modèle fixe, elles sont plus souples que les C.L.S.C., la partie du réseau la plus proche du tissu social. Les C.L.S.C. n'ont toutefois pas développé, généralement, de compétence en santé mentale.

Cette conjoncture, qui favorise la notion de ressources alternatives à l'institutionnalisation, a fait cependant que jamais l'idée n'a autant été galvaudée. Cette confusion nuit à la réinsertion sociale des personnes psychiatisées, puisque l'implantation des ressources sans l'implication de la communauté provoque inévitablement des remous.

Ainsi, à Montréal, une structure pavillonnaire, destinée initialement à des jeunes détenus ayant des problèmes émotionnels, reçoit maintenant des jeunes femmes du quartier. De plus, malgré l'article 158 de la Loi sur les services de santé et de services sociaux, la Ville a refusé d'émettre le permis d'exploitation, sous prétexte que cette ressource ne respecte pas les règlements de zonage. En fait, les citoyens du quartier ont craint une dépréciation de leur propriété et fait pression sur la municipalité.

L'enracinement communautaire d'une ressource nous semble la seule façon de modifier à long terme les attitudes et les perceptions de la population vis-à-vis de la «maladie mentale».

Ce développement des capacités de prise en charge des milieux locaux constitue un enjeu majeur.

Les orientations gouvernementales vont déjà dans ce sens; à preuve, le décret 3179-79 portant sur la décentralisation des services et confiant des responsabilités aux Conseils régionaux, notamment en santé mentale. Cette politique vise essentiellement:

- 1) à permettre à la population d'avoir une meilleure emprise sur son milieu de vie;
- 2) à permettre à la population d'harmoniser les services locaux selon ses besoins; et
- 3) à assurer une meilleure utilisation des ressources humaines, matérielles et financières.

Toutefois, il y a un abîme entre ces intentions et la réalité, puisque si cette politique s'était concrétisée,

nous ne serions probablement pas ici aujourd'hui.

Au contraire, les organismes alternatifs, au contact des conseils régionaux, ont constaté que ceux-ci ont développé des ressources en fonction des priorités des établissements.

La Coalition des ressources alternatives et communautaires en santé mentale du Québec, qui regroupe maintenant 102 organismes, en avait fait part à l'ex-ministre des Affaires sociales, M. Guy Chèvrette, en août 1985.

À sa demande, nous avons soumis peu après au ministère nos propositions concernant les éléments d'une politique de financement.

Nous voulons une reconnaissance légale, respectueuse de notre autonomie, de même que la création d'un programme budgétaire, assorti d'une procédure de contrôle.

Notre mémoire en a déjà fait état, mais pour des fins de discussion, nous résumerons ici les propositions de la Coalition.

Nous visons une structure à trois paliers: des tables de concertation sous-régionales ou régionales, composées des organismes de base; un comité provincial conjoint, composé d'une part de représentant(e)s du M.S.S.S. et, d'autre part, d'une majorité des organismes de base, et, enfin, un service gestionnaire regroupant majoritairement des représentant(e)s du M.S.S.S.

Nous réitérons ici notre conviction que la société a tout intérêt à nous accorder une reconnaissance légale, reconnaissance qui va bien au-delà de la question financière.

L'important pour nous n'est pas de monnayer notre compétence, mais plutôt d'être en mesure de développer des services alternatifs de concert avec les communautés locales. Nous nous situons dans la remise en question globale des systèmes de santé et de l'approche médicale.

La Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux devra donc se prononcer de façon globale sur la place et le rôle qu'elle réserve à l'implication communautaire. Le mode d'organisation des services doit refléter, dans une société pluraliste et démocratique, les droits des citoyens(ennes) à en profiter.

Ces quelques extraits du mémoire du Regroupement laissent place à peu d'équivoque. Même si leur notion est devenue une référence, les ressources al-

ternatives doivent naviguer sur une mer pleine d'écueils. En l'absence d'une mobilisation communautaire en leur faveur, elles sont à la merci des jeux de pouvoir qui ont cours présentement. L'expérience montréalaise nous permettra d'en faire la démonstration.

LA RAISON DU PLUS FORT

Le développement de ressources dans la communauté constitue un enjeu de taille; ce n'est évidemment pas encore la danse des millions, mais l'important pour le réseau, plus spécifiquement le C.S.S.M.M., est d'en acquérir la responsabilité.

Ainsi, dans la région 06A, les ressources alternatives, de la façon que la situation se présente, ne récolteront qu'une portion congrue des 2,5 millions annuels disponibles depuis 1984 pour un tel développement (Cf. l'article de Fontaine et Rochette dans le présent numéro).

La lecture des objectifs visés révèle qu'il y avait déjà un vice, non de forme, mais de fond, dans leurs formulations. Ces objectifs sont les suivants:

— Développer dans chaque sous-région une gamme de services de réadaptation, d'intégration sociale et de maintien dans la communauté, afin que la population-cible puisse avoir accès aux services dans son milieu naturel.

— Cette gamme de services doit être constituée minimalement:

- de services résidentiels;
- de services d'occupation, de formation et d'entraînement au travail;
- de services de loisirs, d'animation en soirée et les fins de semaine;
- de services de support et d'accompagnement dans la communauté.

— Implanter ces services en tenant compte des caractéristiques de la communauté, des ressources communautaires déjà en place et de leurs possibilités de développement.

— Favoriser la formule de corporation sans but lucratif avec participation de la communauté et de la clientèle.

— Développer les services dans le cadre d'un réseau de services intégrés et complémentaires.

— Mettre en place une coordination adéquate des ressources afin d'assurer collaboration et complémentarité avec les services existants, ainsi qu'une continuité de services au niveau de la personne (plan

de service).

— Viser principalement la population des jeunes adultes et adultes présentant des troubles psychiatriques graves.

Nous estimons que la formule de corporation sans but lucratif, conjuguée avec l'implication de la communauté et des usagers(ères), conditionne le déroulement de l'opération; elle devrait, par conséquent, être considérée en priorité.

Il ne faut pas poser la question en termes de services; il s'agit de favoriser le développement de réseaux communautaires et de liens sociaux.

Nous sommes encore loin du but. Dès le départ, les ressources alternatives ont été défavorisées par rapport aux ressources mises sur pied par le réseau: les structures intermédiaires.

«L'expertise développée par les alternatives est reniée chaque fois que le C.R.S.S.S. détermine des objectifs de développement de services, sans auparavant nous consulter. Il en est de même des critères de sélection et des critères d'analyse que nous considérons comme une forme de discrimination systémique... 3 projets sur 51 présentés, ont été accordés aux organismes communautaires.» (Comité-synthèse, 1984).

On rejoint ainsi l'analyse des directeurs généraux de C.L.S.C. de la région, qui ont constaté de façon générale que:

«... l'identification des besoins de la population ne constitue pas le paramètre de base de la discussion.» (Conférence des directeurs généraux des C.L.S.C., 1986).

En 1985, la région 06A est divisée administrativement en cinq sous-régions, avec une structure de participation régionale: les comités aviseurs. Participation est un bien grand mot, puisque seule une sous-région, celle du Sud-Ouest, jouit d'une représentation égale des ressources institutionnelles et des ressources communautaires.

De plus, lorsque les institutions font passer leurs propres intérêts avant tout, il devient manifeste que nous ne faisons pas le poids, surtout lorsque nous ne savons pas nous mobiliser et que nous adoptons une attitude craintive et attentiste.

Deux sous-régions demeurent particulièrement problématiques, à l'heure actuelle: le Nord et l'Est. Dans les deux cas, le C.S.S.M.M. s'arroge une position dominante qui fait bien peu de cas des ressources alternatives.

Au Nord, le comité-aviseur propose de n'allouer aucune somme d'argent aux groupes communautaires

res pour les deux prochaines années. Une bonne partie du financement est destinée à deux foyers, qui coûtent 191 000\$ chacun annuellement, pour neuf personnes par foyer.

Cette proposition a été bloquée deux fois au comité exécutif de la Commission administrative des services de santé mentale.

S'appuyant sur l'exemple des foyers de groupe de la Maison Les Étapes ou la maison de transition de P.A.L., où la clientèle est semblable, le Comité exécutif suggère de diminuer les coûts à 110 000\$ en réduisant l'encadrement assuré par le personnel.

Le comité aviseur rétorque qu'il ne peut faire autrement, le personnel étant déjà engagé... Comme coup de force, il est difficile de faire mieux. (Finalement, le comité aviseur du Nord a dû replier sur ses positions et a prévu un certain montant pour les ressources alternatives de sa région en 86-7. Il s'est engagé à ce que la corporation mise sur pied par le C.S.S.M.M. trouve d'autres fonds pour son fonctionnement en 87-8 afin d'allouer une partie de ses sommes aux ressources alternatives).

Quant à l'Est, le C.S.S.M.M. en a fait sa chasse gardée. Région-pilote pour les structures intermédiaires du type appartements supervisés, appartements satellites ou foyers de groupe, cette sous-région illustre la stratégie du C.S.S.

Mis à mal ces dernières années par l'ascension des C.L.S.C. et des ressources alternatives, horripilé par le cadre de partage, le C.S.S. fait du «forçage» et cherche à s'approprier la responsabilité du développement des nouvelles ressources.

Les propos de la responsable des services psychiatriques du C.S.S.M.M., lors de la présentation du mémoire de l'Association des centres de services sociaux du Québec à la sous-commission des Affaires Sociales, nous apparaissent on ne peut plus clairs.

«Ce qui regarde les familles d'accueil, cela appartient typiquement et juridiquement aux C.S.S. Quant il s'agit des autres formules, formules d'appartements supervisés, de foyer de groupe avec les appartements-satellites, c'est nouveau et il n'y a rien qui nous confirme dans ce rôle, actuellement, de façon vraiment décisionnelle...

Justement, c'est là le problème. C'est que le mandat, actuellement, est entre les mains de la Commission des services de santé mentale qui relève du C.R.S.S.S.

La Présidente: «Est-ce qu'il y en a d'autres qui, à part vous, ont ce type d'expérience?» la repré-

sentante du C.S.S.: «Actuellement, dans la région 06A, non». (Association des Centres de services sociaux du Québec, 1985).

Cette affirmation nous semble un magnifique exemple du vase clos dans lequel ces intervenant(e)s travaillent, car il y a d'autres expériences du genre dans la région de Montréal. Comme nous l'avons signalé auparavant, la maison de transition de P.A.L. et la Maison Les Étapes ont développé de tels types de ressources.

L'expansionnisme du réseau se manifeste aussi dans de petits événements, par exemple le lancement récemment d'un vidéo du C.S.S.M.M., intitulé «Un petit meublé» et décrivant les appartements supervisés de l'Hôpital Notre-Dame. Ce vidéo était sous-titré: «Une approche nouvelle en service social psychiatrique, les appartements supervisés». En fait, cette notion date... du début des années 70.

TOLÉRANCE

Nous avons critiqué les tendances expansionnistes du réseau. Mais il ne s'agit pas pour nous de décréter, du haut d'une chaire, que toutes les initiatives des intervenants du réseau ne valent rien et que les ressources alternatives ont la vérité éternelle.

Au contraire, pour que la désinstitutionnalisation s'accroisse, il en faut de ces expériences, qu'elles proviennent du réseau ou de la communauté; mais, là où le bât blesse, c'est quand les ressources alternatives qui, par leurs réalisations, ont rendu possible de nouvelles avenues, ne se voient même pas reconnaître comme partenaires à part égale et sont obligées de s'insérer dans des jeux de pouvoir qui ne les intéressent pas et qui les pénalisent.

Les intervenant(e)s du réseau en ont assez des querelles de mots; nous aussi. Nous voulons continuer notre démarche sans être toujours en butte aux traquenards du réseau. Il ne s'agit que de justice.

RÉFÉRENCES

- A.H.P.Q., 1983, *La santé mentale, reflet de la réalité sociale*, document de travail, novembre, p. 41.
 ASSOCIATION DES CENTRES DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, sous-commission des Affaires Sociales, *Journal des débats*, 9 août 1985, p. 652-3.
 COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1985, *Rôles et place des ressources alternatives en santé mentale*, Éditeur officiel du Québec.

- CONFÉRENCE DES DIRECTEURS-GÉNÉRAUX DES C.L.S.C. DE MONTRÉAL, *Les particularités de la région 06A*, janvier 1986, p. 16.
- GENDREAU, C., 1984, Ressources alternatives vs ressources institutionnelles: de la pensée magique à la concertation de survie, *Administration Hospitalière et Sociale*, décembre, p. 10.
- LETTRE AU DR. CAMILLE LAURIN DU COMITÉ-SYNTHÈSE DU COLLOQUE *Le réseau et les alternatives: récupération ou élimination*, juin 1984.
- PLANTE, M., 1985, Plan de services en santé mentale pour la période 1985-1990, *C.S.S.Q.*, février, p. 17.
- SOUS-COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES, Consultation générale sur la distribution des services de soutien et de réinsertion sociale offerts aux personnes atteintes de trou-

bles mentaux et vivant dans la communauté, *Journal des débats*, 5 août 1985, p. 283.

SUMMARY

The idea of alternative resources is a fashion able one; however, those resources are still fighting for their financial survival and what is more, they are handicapped by power games. The alternative resources' state of affairs is described with the help of examples taken from the Montreal district and from a report on the «Regroupement des ressources alternatives en santé mentale au Québec» presented to an Inquiry Commission on mental health and social services.