

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

Lorraine Guay

Volume 4, Number 2, Fall 1991

La réforme, vingt ans après

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/301137ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/301137ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (print)

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

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.
<https://doi.org/10.7202/301137ar>

Article abstract

L'article présente un bilan de l'expérience de participation des ressources alternatives en santé mentale à l'élaboration des plans régionaux d'organisation de services (PROS) en santé mentale, au cours des années 1988 à 1991. Ce bilan comprend des éléments négatifs et positifs. Parmi les éléments négatifs, il y a la tendance du réseau gouvernemental à imposer sa culture aux ressources communautaires et à traiter ces dernières comme si elles devaient simplement demeurer « complémentaires » des ressources institutionnelles et ainsi permettre de faire des économies. Parmi les éléments positifs, il y a la reconnaissance même de l'existence des ressources alternatives, de la légitimité de leur travail et de leur nécessité. En somme, l'article fait ressortir comment une négociation entre deux cultures est présentement en cours entre le communautaire et l'institutionnel dans le champ de la santé mentale; l'enjeu de cette négociation est le développement d'une approche « autre » que celle propre au modèle médico-hospitalo-centrique.

❖ 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

*Lorraine GUAY
Coordonnatrice
Regroupement des ressources alternatives
en santé mentale du Québec (RRASMQ)*

L'article présente un bilan de l'expérience de participation des ressources alternatives en santé mentale à l'élaboration des plans régionaux d'organisation de services (PROS) en santé mentale, au cours des années 1988 à 1991. Ce bilan comprend des éléments négatifs et positifs. Parmi les éléments négatifs, il y a la tendance du réseau gouvernemental à imposer sa culture aux ressources communautaires et à traiter ces dernières comme si

elles devaient simplement demeurer « complémentaires » des ressources institutionnelles et ainsi permettre de faire des économies. Parmi les éléments positifs, il y a la reconnaissance même de l'existence des ressources alternatives, de la légitimité de leur travail et de leur nécessité. En somme, l'article fait ressortir comment une négociation entre deux cultures est présentement en cours entre le communautaire et l'institutionnel dans le champ de la santé mentale; l'enjeu de cette négociation est le développement d'une approche « autre » que celle propre au modèle médico-hospitalo-centrique.

En 1987, les ressources alternatives en santé mentale se demandaient si, telle la rivière La Grande, elles se laisseraient harnacher par le réseau (Guay, 1987 : 10). C'était avant l'Avant-projet de loi de Thérèse Lavoie-Roux. C'était avant la réforme Côté. Cette interrogation reflétait la prise de conscience de plus en plus marquée, au sein du mouvement communautaire, que l'État revenait à la charge et que les organismes communautaires se voyaient de nouveau « courtisés » en vue d'une intégration, sinon forcée, du moins fortement suggérée à la manière du Parrain : « Je vais vous faire une offre que vous ne pourrez refuser ».

LE VIRAGE DU PARTENARIAT : RETOUR DU PENDULE ?

Les années d'effervescence de la Révolution tranquille avaient vu naître un mouvement communautaire dynamique et inventif, fortement engagé dans l'émergence de nouvelles formes de solidarités sociales : associations de défense des intérêts de groupes démunis et discriminés, mais aussi mise sur pied de garderies, de cliniques populaires, de services juridiques communautaires, de coopératives d'habitation et d'alimentation, de centres d'éducation populaire, etc. Très vite, l'État québécois, alors engagé dans la prise en charge « mur-à-mur » du secteur de la santé et des services sociaux, opte pour l'intégration de nombre de ces initiatives à l'appareil gouvernemental (Favreau, 1989). La lutte épique des cliniques populaires de l'époque pour ne pas être « avalées » par le réseau parapublic témoigne de cette résistance innée des organismes communautaires face aux desseins intégrateurs de l'État. Bataille perdue, car menée à forces inégales contre le puissant courant qui a dominé le Québec des vingt dernières années et qui était axé :

[...] sur la centralisation au détriment d'une adaptation aux spécificités régionales du Québec, sur l'homogénéisation des services contre le pluralisme, sur l'unité de conception administrative plutôt que sur la multiplicité des scénarios dans l'organisation des services, en un mot, sur la prédominance

d'une lecture uniformisante des situations plutôt que sur la reconnaissance de leur variété (Corin *et al.*, 1990).

Forts de cette expérience, les organismes communautaires poursuivent leur inlassable travail de construction du tissu social en créant, entre autres, à partir de la fin des années 70, de « nouveaux modèles de services et des manières différentes d'agir sur la santé et le bien-être des personnes et des collectivités » (Rochon *et al.*, 1988 : 27). Les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale, les ressources alternatives en santé mentale, les centres de femmes, les maisons de jeunes, et plusieurs autres organisations communautaires se mobilisent et forcent de plus en plus l'État à leur reconnaître un financement autonome.

Le fort courant de régionalisation qui secoue le Québec depuis une dizaine d'années nous fait entrer du même coup et à la vitesse de l'éclair dans l'ère du partenariat. Des acteurs, hier récalcitrants à même se regarder, encore moins à s'asseoir à une même table, se retrouvent dans de nouveaux lieux de consultation, de concertation et de participation. Le mouvement communautaire n'échappe pas à cette mouvance. Pour avoir connu la « phagocytation » de ses initiatives par le réseau et pour avoir surtout fait partie d'une culture d'opposition, de contestation et de marginalisation, il est incité à prendre un virage qui ne va pas de soi. Ne sommes-nous pas alors en droit de penser qu'il s'agit là plutôt d'une forme de « paternariat, c'est-à-dire d'impérialisme paternant de la part du réseau » ? (Panet-Raymond et Vandal, 1990). Ne sommes-nous pas en droit de penser que ce partenariat nous est proposé à condition toutefois que nous acceptions de demeurer sous la gouverne d'un seul chef d'orchestre et d'entonner l'hymne unique du néolibéralisme ? Assistons-nous présentement au retour du pendule et à une nouvelle offensive d'intégration ?

Si oui, comment alors concevoir les rapports entre le réseau public et les organismes communautaires ?

CONTRE LA SEULE DYNAMIQUE D'INTÉGRATION ET DE COMPLÉMENTARITÉ

Si nous pouvons reconnaître au ministre Côté, avec sa réforme, le mérite d'être allé plus loin que tous ses prédécesseurs en matière de reconnaissance des organismes communautaires, il importe de saisir toute l'ampleur du dessein étatique face au mouvement communautaire (David, 1991). Le ministre Côté a maintes fois insisté sur sa volonté de ne pas institutionnaliser les organisations communautaires et bénévoles. « Au cours des dernières années, disait-il, ces organismes se montraient créatifs, inventifs, mais

voyaient souvent leurs initiatives récupérées par le réseau institutionnel. On perdait ainsi une partie du cœur et de l'esprit des créateurs » (Santé et Société, 1991). Or, de nombreux articles de loi font en sorte que « le cœur et l'esprit des créateurs » sont solidement amarrés au réseau. En effet, la particularité de « la loi 120 », c'est d'affirmer d'une part la nécessaire autonomie du communautaire et, d'autre part, d'imposer du même souffle des modalités très strictes d'intégration au réseau public. Il y a là une contradiction de fond. L'État a délibérément opté pour le harnachement des organismes communautaires et leur intégration au réseau parapublic des services de santé et de services sociaux.

C'est la notion de *complémentarité* qui sert d'axe intégrateur. On la retrouve associée au financement et au fait que les organisations communautaires sont essentiellement considérées en fonction de leurs services, à l'intérieur de programmes cadres visant des clientèles installées dans des corridors serrés et soumis à des plans d'organisation de services élaborés, planifiés, évalués et gérés par la Régie régionale. Les organismes communautaires deviendront un des maillons du système public chargés de réaliser les objectifs de planification sociosanitaire décidés par le gouvernement. Ils feront ce que le réseau dit ne plus pouvoir ou vouloir faire. On souhaite même « développer dans le réseau une *culture commune* propre aux membres des conseils d'administration, des cadres, des employés des établissements, des instances régionales et des organismes communautaires » (MSSS, 1990 : 44).

Nous l'affirmons haut et fort : une telle vision du mouvement communautaire et bénévole conduit à la mort certaine de ce qui a constitué jusqu'à maintenant la contribution originale et indispensable de ces organisations à la société québécoise. Bien plus, la complémentarité obligée avec le réseau conduit à l'homogénéisation et à l'uniformisation des pratiques et des modes de penser. L'importance de l'action communautaire, le nécessaire questionnement des pratiques thérapeutiques et l'implication réelle des citoyens et des citoyennes à la définition de leurs besoins et des façons d'y répondre sont évacués. On empêche toute pluralisation du réseau. On réduit l'espace démocratique de la société civile.

De Thérèse Lavoie-Roux à Marc-Yvan Côté, les organismes communautaires en sont arrivés à une même conclusion : « sous prétexte de financement et malgré le discours appuyant l'autonomie du mouvement communautaire, on peut déceler dans ces projets de loi, une nette volonté de contrôler, d'encadrer, de modeler le communautaire et de l'intégrer à la dynamique du réseau public. Le mouvement communautaire est en droit de se demander si c'est ce type de partenariat qu'il souhaite "tricoté serré" dans les mailles du réseau, ou si le respect de son identité fondamentale

n'exige pas plutôt la négociation de plus grands espaces de liberté » (Guay, 1989).

CONTRE L'IMPÉRIALISME DE L'APPROCHE « RÉSEAU »

Postuler que la place des organismes communautaires réside dans le réseau des établissements, et se situer dans un strict rapport de complémentarité, c'est implicitement poser le réseau comme référent principal, sinon unique. Au Québec, le centralisme excessif et planificateur a eu tendance à poser le réseau comme seul pilier du social, ce qui a eu pour effet d'obnubiler toutes les autres références. Or, il y a lieu de s'insurger contre cette approche. Nous ne sommes pas les seuls à le dire : « l'action des organismes communautaires ne peut servir d'instrument de réalisation des politiques de l'État et des programmes du réseau public » (Tremblay, 1990).

En effet, l'émergence du mouvement communautaire a en quelque sorte posé la centralité du système en termes différents. Il a permis de questionner non pas la pertinence d'un réseau public de santé et de services sociaux, car contrairement aux « patrons » du libre marché, les organismes communautaires n'ont jamais remis en cause la nécessité absolue d'un système public pour assurer la gratuité, l'universalité, l'accessibilité, donc une certaine équité sociale. Le communautaire remet en cause la monopolisation par l'État des orientations, des pratiques et des modes d'organisation du social. Le communautaire ouvrait ainsi une brèche dans ce qui, autrement, ne pouvait relever que de l'inévitable polarisation : secteur public gratuit d'un côté, secteur privé à but lucratif de l'autre. C'est par son autonomie et, d'une certaine façon, à partir de sa position « marginale » ou « périphérique » par rapport au réseau (Godbout, 1987), que le mouvement communautaire a non seulement développé un point de vue critique sur le système, mais a construit des pratiques alternatives caractérisées essentiellement par *le désir de faire advenir une société plus conviviale* débarrassée de la pauvreté, du sexisme, des logiques technocratiques et des abus de pouvoir.

Il faut donc d'emblée poser la question de la place du communautaire au sein de la société québécoise plutôt que par rapport au seul réseau des établissements, ce qui est réducteur. Il faut d'emblée réaffirmer que la place du communautaire réside *dans* la communauté d'abord et avant tout, dans ce vaste champ du social où se nouent les relations entre les citoyens, où se tissent les solidarités sociales, où mûrissent en gestation les grands mouvements de transformation sociétaux, où se construit finalement la cité. C'est par rapport au tissu social, toujours effrité, toujours en construction, que le communautaire se façonne et qu'il façonne en retour la communauté.

C'est seulement en posant la raison d'être du mouvement communautaire par rapport à la société globale que nous pourrions porter un regard plus relatif sur les liens qu'il entretient ou doit entretenir avec le réseau. Nous sommes ainsi renvoyés aux notions plus théoriques de « centre » et de « marge ». Selon l'évolution de la recherche anthropologique, on assisterait, pour reprendre une formulation d'Ellen Corin :

[...] à certaines tentatives, qui demeurent fragmentaires, de redonner un statut théorique à ce qui est de l'ordre d'une différence ou d'un écart par rapport aux institutions centrales. [...] Dans la perspective où l'on met l'accent sur les dynamiques de la marge, les rapports qui se tissent entre marge et centre sont multiples : rapport de détermination réciproque où il apparaît que la marge peut être nécessaire au centre autant qu'elle peut en être rejetée ou que le centre lui est nécessaire comme point de démarcation; qu'elle peut être constituée par le centre autant que s'en démarquer; qu'elle offre un éclairage sur le fonctionnement du centre autant ou plus que ce dernier ne le détermine (Corin, 1986 : 2).

C'est donc au sein de ces dynamiques complexes qu'il faut saisir le type de rapports État-organismes communautaires qui est en train de s'élaborer. L'expérience des ressources alternatives en santé mentale peut s'avérer riche d'enseignement à ce niveau.

L'EXPÉRIENCE DE PARTENARIAT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE OU... LE CHOC DES CULTURES¹ !

La signification politique du partenariat

L'élaboration d'une politique de santé mentale allait fournir l'occasion d'expérimenter de nouvelles formes de « collaboration » entre le réseau et les organismes communautaires et alternatifs actifs dans le champ de la santé mentale. Il convient d'abord de rappeler la signification qu'accordent le

1. Ces réflexions sont tirées directement du bilan-synthèse de l'expérience de participation aux comités tripartites chargés d'élaborer les plans régionaux d'organisation des services en santé mentale. Le comité qui a procédé à l'analyse de l'expérience était composé des personnes suivantes : M^{me} Jocelyne Lamoureux, professeure-chercheure en sociologie à l'Université du Québec à Montréal (UQAM); M. Frédéric Lesemann, professeur-chercheur à l'École de service social de l'Université de Montréal; M^{me} Louise Blais, professionnelle au DSC Sacré-Cœur et étudiante au programme de doctorat en sciences humaines appliquées à l'Université de Montréal; M^{me} Claudine Laurin, ex-présidente du RRASMQ et présentement coordonnatrice de l'AGIDD-SMQ; M. Jacques Saintonge, président du RRASMQ et membre de Solidarité-Psychiatrie; M. Mario Beauvais, ex-président du RRASMQ et coordonnateur de La Maison sous les arbres; M^{mes} Carole Hince, Suzanne Biron et Lorraine Guay de la permanence du RRASMQ. C'est M^{me} Lamoureux qui a assumé la direction de la recherche et de la rédaction du rapport-synthèse.

rapport Harnois et ensuite la Politique de santé mentale à la mise sur pied d'un partenariat élargi. Ce partenariat comprend « la mobilisation concertée de la personne, de ses proches, des intervenants, de la communauté, des ressources publiques et de celles du milieu » (Gouvernement du Québec, 1989). Il implique trois conditions de base : la reconnaissance du potentiel de chacun des partenaires, l'existence de rapports ouverts entre ceux-ci et l'adoption d'objectifs communs. On présente d'ailleurs le partenariat comme « une façon privilégiée d'œuvrer en santé mentale : il permet la mobilisation d'une foule d'acteurs aux horizons multiples, engagés à différents niveaux dans un système d'intervention de plus en plus complexe. Il permet de tenir compte à la fois de la diversité des acteurs et de la multiplicité des modèles d'intervention ».

Le lieu choisi pour faire l'expérience concrète de ce partenariat, c'est la planification des services via un comité tripartite². C'est là, idéalement, qu'on doit mettre en place un mécanisme permettant de négocier, de la façon la plus harmonieuse possible, le virage progressif vers l'implication de tous les acteurs concernés. Et le plan régional d'organisation des services (PROS) est vu comme le moyen le plus intéressant pour arriver à la primauté du service sur les institutions et les structures.

Pourquoi participer ?

Il faut d'entrée de jeu préciser que le partenariat, en matière de planification des services de santé mentale, n'a pas été imposé aux ressources alternatives. Au contraire, ces ressources ont été partie prenante de l'idée d'instaurer des comités tripartites où, contrairement à ce qui se passait dans les anciennes commissions administratives contrôlées exclusivement par les institutions et les professionnels de la psychiatrie, il y aurait possibilité de briser le monopole des établissements et des institutions, de contester le modèle médico-psychiatrique dominant, d'opérer un virage irréversible vers une approche davantage psychosociale ancrée dans la communauté, de modifier l'organisation et la distribution des services en faveur des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et, enfin, de gagner la reconnaissance et la consolidation financière de même que le développement accéléré des ressources alternatives. Rien de moins !

2. Ces comités sont composés, pour un premier tiers, des établissements du réseau (CH, CLSC, CSS, etc.), pour un deuxième tiers, des ressources alternatives et communautaires en santé mentale et, pour un troisième tiers, des organismes ou groupes provenant de la communauté (municipalités régionales de comtés, représentants syndicaux, aide juridique, commission scolaire, etc.).

Car dans un contexte d'accroissement des inégalités socio-économiques, de marginalisation et d'exclusion de secteurs de plus en plus nombreux de la population, la participation à la planification n'a de sens, pour le mouvement alternatif, que si elle constitue un lieu de lutte pour modifier radicalement la qualité de vie des personnes souffrantes, pour briser les logiques institutionnelles et corporatistes, pour faire advenir, au-delà d'un partenariat égalitaire, une société plus démocratique. En dehors de cela, en effet, pourquoi y participer ? D'aucuns pouvaient voir là une certaine utopie !

Le choc

D'ores et déjà, nous sommes en mesure d'affirmer que la rencontre du communautaire et du réseau public – sans être tout à fait du troisième type – s'est avérée difficile. Même dans les meilleures conditions (c'est-à-dire là où il y avait des ressources fortes, concertées et possédant l'expertise suffisante), la démarche s'est révélée ardue et pleine d'embûches. Cette expérience a permis de démontrer, une fois de plus, le choc brutal de deux cultures.

Au cours des dernières années, en effet, les ressources alternatives ont mis de l'avant une expertise « autre », une logique de fonctionnement « autre », un langage « autre ». En bref, ces ressources ont développé une culture « autre ». Or, *la culture organisationnelle du comité tripartite, calquée entièrement sur celle du réseau et de ses appareils, a nettement dominé la culture du communautaire et fait en sorte qu'il y a eu évacuation de l'identité de l'alternative et du communautaire.* Quatre grandes constatations s'imposent, lorsqu'on évalue les conditions concrètes de participation :

- a) *Les CRSSS se sont avérés les tout-puissants « 4^e tiers » et ont littéralement imposé une « stratégie bulldozer » visant à produire les PROS au plus vite et à être les premiers à franchir la ligne d'arrivée à Québec. Rythme infernal des rencontres, nombre incalculable d'heures, documentation surabondante, vocabulaire peu accessible, huis clos, etc. En somme, des conditions inacceptables. On s'est ainsi aperçu, avec encore plus d'acuité, que « la planification n'est pas une technique neutre, valeur moderniste et scientifique, et qu'elle peut facilement devenir un rouleau compresseur aux mains de technocrates qui font passer le souci d'efficience avant celui de démocratie » (Morin, 1990).*
- b) *Le manque total de pédagogie participative au niveau de la démarche du comité tripartite a produit cette immense contradiction : l'absence des usagers et usagères du processus de planification des services en santé mentale, alors que cette planification prétend*

se faire *pour eux* et que la politique de santé mentale les plaçait au *centre*. Cette situation amène les ressources alternatives à être en constante contradiction avec leurs valeurs, leurs approches, leur philosophie de base dont un des éléments principaux consiste à promouvoir la participation des usagers et usagères à toute la vie associative et à toutes les instances décisionnelles de leur groupe.

- c) *L'absence de débats de fond* a fait qu'on ne s'est jamais posé la question du « pourquoi » ni du « comment » travailler en santé mentale. Il n'y a pas eu de remise en question des pratiques professionnelles et institutionnelles. Il devenait donc quasi impossible d'introduire la notion « d'alternative ».
- d) *Enfin, au niveau du processus de prise de décision, c'est nettement le consensus qui est privilégié* et utilisé comme bâillon pour les débats, de peur qu'il y ait opposition et dissension. Dans un tel contexte, on écarte systématiquement la reconnaissance de divergences de fond, d'oppositions même. La multiplicité des regards sur une même situation est refusée. Nous pouvons faire l'hypothèse que l'approche « obsessionnellement » consensuelle a contribué à l'appauvrissement des débats.

La reconduction du statu quo

Notre bilan des PROS nous amène à établir un diagnostic sévère. Nous avançons en effet que, loin d'amorcer le virage tant souhaité « de la biologie à la culture » (Comité de la santé mentale, 1985), ou encore le virage non moins souhaité du renforcement de la communauté, les PROS favorisent plutôt la logique technocratique, privilégient encore le modèle institutionnel et reconduisent telle quelle la logique sectorielle. Il n'y a pas eu réorientation, mais réorganisation (White et Mercier, 1990a et 1990b). Ce diagnostic sévère repose sur les constatations suivantes :

- a) La domination de l'approche épidémiologique dans la construction du portrait des régions et la détermination des besoins en santé mentale. Or, l'approche alternative et communautaire, dans son appréhension de la réalité et donc des besoins, s'accommode fort mal du seul regard « comptable ».
- b) La faiblesse du social, qui se manifeste entre autres dans le fait que la communauté est essentiellement perçue comme un lieu physique, un découpage administratif. Ayant pignon sur rue dans un quartier, une clinique externe de psychiatrie devient magiquement « communautaire » ! D'où l'impossibilité de penser la communauté en tant que communauté vivante, agissante, impliquée dans la nécessaire transformation des conditions d'existence. Dans les

faits, l'idée de complémentarité piégée, voire de sous-traitance, est encore très présente.

La faiblesse du social se manifeste aussi par la primauté accordée à la logique des services plutôt qu'à une logique d'action sociale, à la tendance à psychiatriser tous les processus de vie introduisant une dynamique davantage médicale (régler les problèmes avec des médicaments) que sociale (travail sur les conditions de vie et les réseaux d'aide) et par l'absence d'intersectorialité. Comment une politique de santé mentale et une planification de services, qui prétendent l'une et l'autre « mettre la personne au centre », peuvent-elles passer sous silence l'impact énorme de l'inaccessibilité au travail, au logement, au loisir, à la vie associative ? Comment ne retrouve-t-on pas des orientations très précises pour modifier radicalement ces conditions de vie ?

- c) *Le maintien du modèle institutionnel.* Comme nous l'avons mentionné, la constante dominante des PROS, c'est l'absence de débats de fond sur *les pratiques*. Dans de telles conditions, on ne s'étonnera pas que le modèle institutionnel et le pouvoir psychiatrique demeurent encore largement dominants. Certes, il serait faux d'affirmer qu'il n'y a eu aucune avancée dans la remise en cause du modèle hospitalo-médico-psychiatrique. Les CLSC, par exemple, font une percée non négligeable dans des domaines réservés jusque-là aux seules institutions psychiatriques. Si le développement strictement institutionnel est limité, on en parle plutôt en termes de « fissures, de craquelures », d'amorce de changement de mentalités et non pas de virage significatif.
- d) Enfin, les PROS ne garantissent aucunement la consolidation financière et le développement des alternatives. Ces plans, tout comme la politique de santé mentale, ne proposent aucune réallocation radicale des budgets. Bien plus, la désinstitutionnalisation (principale source de réallocation financière) a été spectaculairement absente des travaux des comités tripartites. Et s'il y a quelque réallocation d'argent, elle se fera principalement à l'intérieur même du réseau via les ressources intermédiaires et les CLSC.

Des gains certains

La rudesse de l'expérience vécue pourrait nous empêcher de voir et de reconnaître les gains réalisés en cours de processus. Or, les stratégies utilisées par les alternatives ont permis des gains importants :

- a) Il y a d'abord eu la *reconnaissance* de l'existence même des ressources alternatives, de la légitimité de leur travail et de leur nécessité même, ce qui n'était pas acquis partout avant la participation au processus.
- b) Les ressources ont réussi, en alliance avec d'autres, à opérer des brèches non négligeables dans la culture centralisatrice et le modèle hospitalo-médico-psychiatrique. On sent que ce modèle est en terrain plus mouvant, qu'il ne fait plus l'unanimité même au sein du réseau.
- c) Nous avons fait avancer une conception plus dynamique de la communauté : l'idée fait son chemin que celle-ci n'est pas uniquement une pourvoyeuse de services, qu'il faut travailler au renforcement de la communauté et pas seulement au maintien dans la communauté.
- d) Nous avons réussi à « subvertir » la politique de santé mentale, c'est-à-dire à en utiliser les grands principes (la personne au centre, la recherche de solutions dans le milieu de vie, etc.) pour renforcer l'approche alternative.
- e) Enfin, le modèle « partenariat tripartite » s'impose comme incontournable. Il semble bien que l'ancien modèle des commissions administratives soit définitivement écarté. En ce sens, nous pouvons parler d'une plus grande démocratisation et d'une amorce de partenariat.

Voilà, très succinctement rapporté, le bilan de la participation d'un secteur du mouvement communautaire à la planification des services au sein de structures de partenariat. Quels sont donc les enjeux qui sous-tendent cette participation qui n'est ni de l'ordre de l'exploitation « bête et méchante », ni de l'ordre de la convivialité angélique. Ce n'est pas un hasard si des formes de participation aussi particulières que les comités tripartites ont vu le jour précisément à une époque où toute l'architecture de l'État-providence est en train de se modifier. Ce n'est pas un hasard non plus si des groupes communautaires ont voulu être partie prenante de cette reconstruction, à une époque où le mouvement communautaire est appelé à réinventer des stratégies d'action qui tiennent compte de ces nouveaux terrains de lutte auxquels nous convie la planification des services de santé et des services sociaux.

LES ENJEUX DE LA PARTICIPATION AUX STRUCTURES DE PARTENARIAT

Au niveau politique

L'enjeu est d'abord politique : un nouveau modèle d'organisation de la santé et des services sociaux est en train de s'instaurer au Québec. Nous le voyons bien, le système actuel est en mutation; il bouge sous l'impulsion de rapports de forces multiples. Nous assistons en fait à la mise en place d'une nouvelle architecture.

Dans cette mouvance, nous pouvons faire l'hypothèse qu'il ne s'agit pas seulement d'une reproduction servile du modèle néo-libéral pur et dur. Nous travaillons en effet « dans un contexte politique particulier où l'État québécois oscille, au sein d'une orientation essentiellement néo-libérale, entre des politiques de droite carrément réactionnaires et d'autres nettement plus "centristes", qui cherchent à neutraliser quelque peu les effets pervers des premières » (David, 1991; Corin *et al.*, 1990).

Nous faisons aussi l'hypothèse qu'il ne s'agit pas seulement d'une pure entreprise de régulation ou de contrôle social. Car l'État lui-même est de plus en plus ébranlé, et de l'intérieur, par des secousses qui remettent en cause sa légitimité absolue sur les modes d'organisation sociale. La Commission Rochon a pu témoigner de la formidable remise en question de l'appareil étatique par de nombreux acteurs sociaux et pas uniquement par le secteur privé.

Et justement parce que l'État oscille entre ces diverses tendances, il nous faut peser de tout notre poids (aussi poids-plume soit-il) pour influencer les rapports de force dans le sens d'une plus grande démocratisation, dans le sens du nécessaire élargissement des espaces démocratiques au sein de la société civile.

Car tout l'enjeu consiste à savoir s'il y aura approfondissement du « politique » et participation à « l'invention démocratique », c'est-à-dire démonopolisation, resocialisation et réappropriation des pouvoirs de décision sur les orientations des transformations sociales, ou si nous n'assisterons pas plutôt à une nouvelle emprise du mode de gestion technocratique de la société, c'est-à-dire à une reconduction du statu quo, à une métabolisation-intégration des dynamiques communautaires à la rationalité centralisatrice (Lamoureux et Lesemann, 1987).

Ou le système devient plus ouvert, plus perméable à des initiatives novatrices, plus réceptif face à d'autres façons de comprendre et d'agir sur

le social ou la seule solution acceptable est la récupération totale (White et Mercier, 1990a et 1990b), l'intégration « mur-à-mur », l'homogénéisation à tout prix et, partant, l'appauvrissement de la société globale. En ce sens, il nous faut contribuer à « civiliser le politique », c'est-à-dire à y faire pénétrer en force toute la dynamique de nouveaux rapports sociaux.

Au niveau organisationnel

L'expérience des ressources alternatives en santé mentale nous amène à penser que la planification des services est actuellement une question centrale et une question éminemment politique, en ce sens qu'elle peut constituer un instrument vital de réaménagement des rapports sociaux. Ainsi, en santé mentale, il nous faut passer « de la biologie à la culture », opérer un virage vers la communauté, développer une approche « autre » que le modèle médico-hospitalo-centrique; il nous faut désinstitutionnaliser. À cet effet, il importe de mettre en place les conditions de réalisation d'un partenariat respectueux de l'apport particulier de nouveaux acteurs.

Tout le dilemme consiste à savoir si le recadrage se fera sous l'emprise hégémonique de l'État ou si nous assisterons plutôt à une renégociation des espaces-frontières entre réseau et communauté. Est-ce que ceux et celles qui ont toujours été les « organisés » et que nous nommons, nous, les membres, les usagers et les usagères, auront une prise réelle sur cet instrument de mise en ordre des rapports sociaux que constitue la planification des services pour le façonner et l'utiliser de façon plus ouverte, plus flexible, plus diversifiée, plus démocratique, plus conviviale ?

Est-ce que l'organisation des services va demeurer la propriété privée d'une caste d'organiseurs, de bureaucrates, de professionnels, renforçant ainsi la domination des grands appareils ? Ou bien est-ce qu'il y aura redistribution des responsabilités entre plusieurs acteurs sociaux et, du même coup, instauration de conditions politiques et stratégiques plus favorables à un mode plus autonome d'organisation sociale ?

Au niveau économique

Nul besoin d'ajouter que les enjeux économiques sont énormes. Nous nous souvenons tous et toutes que le gouvernement Bourassa avait commencé son « ère » en 1986 par la constitution de trois « Comités des sages », dont l'un, présidé par Paul Gobeil, avait préconisé de privatiser « mur-à-mur » ce qui avait été étatisé « mur-à-mur » au début de la Révolution tranquille.

L'économie duale n'en finit plus de fissurer le monde en deux : pays développés, pays sous-développés; riches et pauvres au sein des sociétés

occidentales dites « avancées »; travail spécialisé, assuré et bien rémunéré, versus travail précaire et sous-payé, etc.

Nous ne sommes pas dupes. Avec plusieurs nous pensons que l'État québécois n'est pas complètement « innocent [lorsqu'il] devient soudainement favorable à la communautarisation de son réseau de santé et de services sociaux; [...] les motivations qui ont amené les responsables gouvernementaux à s'aligner aussi radicalement du côté de la communautarisation doivent être cherchées dans l'idéologie de la privatisation » (Vaillancourt *et al.*, 1987).

Nous sommes « intéressants » parce que nos *services* coûtent moins chers. Certes, il est vrai que le communautaire plaide depuis longtemps en faveur d'une certaine « écologie sociale » en cherchant à répondre « autrement » à des besoins qui avaient jusque-là nécessité la « quincaillerie lourde » des immenses appareils bureaucratiques et professionnels. Que cela coûte moins cher peut effectivement rencontrer, pour un moment seulement, les visées d'une certaine logique administrative. Pour un instant seulement, car rien ne prouve qu'une désinstitutionnalisation à « visage humain » coûtera moins cher économiquement. Les coûts humains, par ailleurs, seront infiniment moindres.

Mais soyons clairs : nous ne collaborerons pas à des politiques qui visent l'appauvrissement des travailleurs et des travailleuses, la sous-traitance et le bénévolat comme substitut au délestage des responsabilités étatiques. Les ressources alternatives ont là-dessus, leur propre combat à mener, de concert avec l'ensemble du mouvement communautaire, contre la précarisation dans laquelle les maintient la politique gouvernementale.

Soyons plus clairs encore : nous tenons au maintien d'un système public basé sur des acquis aussi précieux que la gratuité, l'accessibilité et l'universalité. C'est une des conditions importantes pour garantir l'équité de tous les citoyens et citoyennes devant la maladie et les risques sociaux.

Du même souffle, nous refusons que la seule alternative à la remise en cause de l'hégémonie étatique soit la privatisation lucrative, commerciale, celle-là même où nous emprisonnent à l'heure actuelle la prolifération des « médecines et thérapies alternatives » faites sur mesure pour les mieux nantis de la société et où les solidarités sociales sont évacuées.

L'enjeu économique de la planification des services devient donc la capacité de sortir de la seule logique comptable néo-libérale pour y introduire de nouvelles dynamiques économiques résolument axées sur l'éradication des inégalités socio-économiques. Réencastrier les solidarités au sein de la société constitue plutôt, pour nous, une solution de rechange au délestage de l'État, à la privatisation comme unique solution. Nos « colmatages » avec le système public y puisent leur source.

EN CONCLUSION

En effet, « comment en arriver à un système social où l'État est garant de la justice et de l'équité entre les individus, les communautés, les régions [...] mais où, justement, ces composantes de la société québécoise détiennent le pouvoir d'agir dans leur milieu et à leur façon ? » (David, 1991)

Le mouvement communautaire doit contribuer à relever le défi. Et si le temps était venu de négocier notre participation ? La négociation peut en effet devenir pour le mouvement communautaire un véritable outil politique à condition toutefois de renouveler nos stratégies, de dessiner de nouvelles alliances, de réinventer des modes d'action collective toujours axés sur notre désir de faire advenir, au-delà d'un partenariat égalitaire, une société plus juste, plus démocratique et plus conviviale.

Bibliographie

- CORIN, E. E. (1986). « Centralité des marges et dynamique des centres », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 10, n° 2, 1-21
- CORIN, E. E., BIBEAU, G., MARTIN, J.-C. et R. LAPLANTE (1990). *Comprendre pour soigner autrement*, Montréal, PUM.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1985). *La santé mentale : de la biologie à la culture*, Avis sur la notion de santé mentale, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- DAVID, F. (1991). *La réforme Lavoie-Roux-Côté : entre la vertu et la pratique... tout un océan d'incertitudes*, document d'analyse sur la réforme de la santé et des services sociaux, Montréal, L'R des Centres de femmes et le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, mars.
- FAVREAU, L. (1989). *Mouvement populaire et intervention communautaire : de 1960 à nos jours. Continuités et ruptures*, Montréal, Le CFP, les Éditions du Fleuve, Alternatives.
- GODBOUT, J. (1987). *La démocratie des usagers*, Montréal, Boréal.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1989). *Politique de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, MSSS.
- GUAY, L. (1987). *Solidarité et intégrité du communautaire*, Montréal, Entonnoir.
- GUAY, L. (1989). *L'avant-projet de loi sur la santé et les services sociaux : impact sur le mouvement communautaire*, document de travail, Montréal, L'R des Centres de femmes du Québec et le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, novembre.
- GUAY, L. et al. (1991). *Le Choc des cultures : la participation des ressources alternatives à l'élaboration des plans régionaux d'organisation de services en santé mentale. Bilan-synthèse de l'expérience de participation aux comités tripartites*, document de travail déposé à l'Assemblée générale du RRASMQ, le 15 juin, Montréal, RRASMQ.

- LESEMANN, F. et J. LAMOUREUX (1987). *Les filières d'action sociale*, Québec, Les Publications du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*, Québec, MSSS, décembre.
- MORIN, P. (1990). « Au Québec, la santé mentale a une politique : espoir ou faux départ », article à paraître dans la revue *Santé mentale au Canada*.
- PANET-RAYMOND, J. et A. VANDAL (1990). *Le maintien à domicile à l'heure du partenariat entre organismes communautaires et CLSC*, Colloque du RQIIAC, 25 mai.
- ROCHON, J. et al. (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Les Publications du Québec, 1988, 803 p.
- SANTÉ ET SOCIÉTÉ (1991). *Santé et société*, Québec, MSSS, février.
- TREMBLAY, Henri (1990). « La place et le rôle des organismes communautaires dans le domaine de la santé et des services sociaux », *Apprentissage et Socialisation*, vol. 13, n° 2, juin, 121-128.
- VAILLANCOURT, Y., BOURQUE, D., DAVID, F. et É. OUELLET (1987). *La privatisation des services sociaux*, annexe n° 37, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, Les Publications du Québec.
- WHITE, D et MERCIER, C. (1990a). *Reorienting Mental Health Systems : The Dynamics of Policy and Planning*.
- WHITE, D et MERCIER, C. (1990b). *Integrating Community and Public-Institutional Mental Health Services : Some Unintended Consequences*.