

Le public, le privé, le communautaire (acteurs et promoteurs sur le marché de la santé mentale)

The public, the private, the community-oriented (actors and promoters on the mental health market)

Claude Gendreau

Volume 13, Number 1, June 1988

La réinsertion sociale

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030425ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030425ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Gendreau, C. (1988). Le public, le privé, le communautaire (acteurs et promoteurs sur le marché de la santé mentale). *Santé mentale au Québec*, 13(1), 48–56. <https://doi.org/10.7202/030425ar>

Article abstract

In this article, the author looks at the various people operating in the area of mental health as entrepreneurs sharing a market valued at +900 million. The study shows how today's promoters have become an extension of psychiatric institutions and the vehicles of the Ministry of Health and Social Services and, ultimately, of the State. The author explains that not all promoters have the same level of experience nor the same financial stability ; that certain players act as multinationals, others as crwn corporations, while still others, the most recently established, are working, if you follow the analogy, as either small and mid-sized firms or craftsmen in the field ormental health. The author points to a gradual stratification of those involved, from promoeters struggling to survive to those intent on developing themselves, in a market where everybody wants their place under the sun.

Le public, le privé, le communautaire (Acteurs et promoteurs sur le marché de la santé mentale)

Claude Gendreau*

Dans cet article¹, nous allons considérer les divers acteurs de la santé mentale comme autant d'entrepreneurs qui tentent de se partager un marché de près de 900 millions de dollars. Nous montrerons que tous les promoteurs actuels se sont constitués dans le prolongement de l'institution psychiatrique et qu'ils sont les véhicules de la responsabilité du ministère de la Santé et des services sociaux et ultimement, de l'Etat. Tous les promoteurs ne disposent pas du même bagage d'expérience ou des mêmes garanties financières. Certains seraient plus près de la réalité des multinationales, d'autres, des sociétés d'Etat; enfin les plus récents sont, toujours de façon analogique, soit des PME, soit des artisans de la santé mentale. On assiste en somme à une stratification graduelle des acteurs qui agissent comme des promoteurs voulant survivre ou se développer dans un marché où chacun défend sa place au soleil.

Il peut sembler inusité d'aborder l'analyse du champ et du domaine de la santé mentale comme un marché. Cependant, nous croyons que l'analogie proposée permet de jeter un regard différent sur les enjeux actuels, tout en s'inscrivant dans un contexte où l'économique imprègne le politique.

Le terme « analogie », qui signifie établir des ressemblances par l'imaginaire entre des objets essentiellement différents (le Robert), est ici employé pour faire image, et par conséquent pour ouvrir une perspective inhabituelle. Les acteurs du domaine de la santé mentale, vus ici à travers le prisme des organisations, seront donc assimilés à des agents économiques qui se partagent le « capital » de la santé mentale.

Le promoteur-entrepreneur est celui qui prend l'initiative, donne l'impulsion de départ, provoque la création ou la réalisation (Petit Robert) et qui, par définition, considère d'abord son développement en termes de survie organisationnelle. Chacun des pro-

moteurs du domaine de la santé mentale au Québec poursuit donc deux fins :

- l'une, explicite, centrée sur les besoins de la personne ayant des troubles mentaux,
- l'autre, implicite, centrée sur son propre développement (voir tableau 1).

La désinstitutionnalisation, le maintien dans la communauté, la réinsertion sociale et la réadaptation psychiatrique sont devenus objets de concurrence entre divers acteurs publics, privés et communautaires, dans ce que l'on pourrait qualifier de « marché » de la santé mentale. L'histoire du développement des ressources extra-hospitalières, ou, pour employer un terme plus à la mode, des ressources communautaires en santé mentale, nous révèle que toutes les ressources s'inscrivent dans le prolongement de l'institution ou demeurent sous la responsabilité de structures étatiques publiques ou parapubliques.

Ce qui ressort, lorsqu'on analyse le développement récent du champ ou du domaine de la santé mentale, c'est l'élargissement du domaine d'activités en même temps que l'apparition d'une plus grande concurrence suite à l'augmentation du nombre de promoteurs. Ce double phénomène nous est apparu nettement en analysant le découpage historique du développement et des caractéristiques des ressources dites intermédiaires (Gendreau, 1986). En effet, les quarante dernières années (voir tableau 2) ont

* Claude Gendreau est sociologue-consultant et conseiller à la programmation au Département de santé communautaire du Centre hospitalier du Haut-Richelieu à St-Jean sur le Richelieu. Il tient à remercier les personnes suivantes, pour leurs conseils et leur soutien : Mme Dominique Gaucher du ministère de la Santé et des services sociaux du Québec, Mme Françoise Boudreau, de l'Université de Guelph, Ontario, et M. Aimé Lebeau, du Département de santé communautaire du Centre hospitalier du Haut-Richelieu, tous trois sociologues.

TABLEAU 1
Tableau analogique

Promoteur	Caractéristiques	Analogie
Le secteur public :		
C.H. psychiatrique	Monopole (clientèle captive) Concentration des ressources humaines et financières	Multinationale
C.H. avec département de psychiatrie	Dépendant du niveau supérieur Autonomie restreinte —territoire délimité — Clientèle similaire	Filiale nationale
Conseil régional	Décentralisation Rôle incitatif et de planification Dépendant des fonds publics	Société de développement éco- nomique régional
Centre des services sociaux	Autonomie juridique Financement étatique Structure complexe Encadrement élevé	Société d'État
C.L.S.C.	Territoire déterminé — Mandat de services publics — Disparité régionale Financement par programme	Agence locale de développement
Le secteur privé :		
Pavillon	Réseau d'appartenance Contrainte de normes et de clientèle Identification unique et auto- nomie local	Franchise
Famille d'accueil	Monopole des fournisseurs Financement restreint Autonomie de gestion Entreprise de type familial	Artisan sous-traitant
Le secteur communautaire :		
Le communautaire pragmatique	Développement conjoncturel Programmes de subvention au développement Encadrement réduit — Finance- ment aléatoire Taille moyenne ou petite	PME
Le communautaire stratégique	Assises bénévoles Financement diversifié — Éco- nomie parallèle Longue appartenance	Mutuelle ou coopérative
Communautaire alternatif	Mode de gestion démocratique — Discours ou philosophie politisé Incubateur étatique	Entreprise autogérée

vu l'émergence de nouveaux acteurs (les divers types de professionnels), mais aussi de nouvelles structures (C.S.S., C.L.S.C.) ainsi que de nouvelles organisations (ressources extra-hospitalières, intermédiaires, alternatives).

Les promoteurs sont apparus de manière stratifiée, les premiers venus demeurant actifs sur la scène de la santé mentale tandis que les nouveaux s'inscrivaient dans un marché financièrement en expansion, et ce relativement facilement, tant que se poursuivait la valorisation idéologique de la prise en charge des clientèles par l'Etat. Or, il est arrivé un moment où l'Etat a atteint sa capacité de prise en charge, et où il a édicté de nouvelles règles du jeu dans l'économie du champ de la santé mentale.

Deux stratégies deviennent alors possibles :

- a) se partager le marché (mais alors, seuls les plus solides demeurent) ;
- b) élargir le marché en ouvrant le concept de santé mentale (où tout devient objet de santé normative, et donc objet d'intervention).

Le rapport Harnois, par sa distinction entre le champ et le domaine de la santé mentale, a opté pour la seconde solution.

Après la cohabitation et la stratification des promoteurs-entrepreneurs, on observe un autre phénomène : l'accélération du rythme d'apparition des promoteurs, qui passe d'intervalles de dix ans à cinq ans. Cette accélération entraîne une bousculade des acteurs dans un marché qui semble se rétrécir.

Mais qui sont ces promoteurs légués par l'histoire ?

On retrouve d'abord les asiles (ou C.H. psychiatriques) puis les C.H. avec départements de psychiatrie. Ils forment ce qu'on pourrait qualifier de « multinationales » de la santé mentale. Ce « noyau dur » des ressources dispose à la fois des moyens, de l'expertise spécialisée et de la quasi-totalité d'un marché captif, c'est-à-dire les psychotiques et les cas limites, en plus de tous ceux que l'on dit chroniques, peu importe leur diagnostic.

Avec la réforme Castonguay-Nepveu, sont apparus de nouveaux promoteurs publics : les C.S.S., les Conseils régionaux et les C.L.S.C. Analogiquement, ces structures relativement récentes pourraient être associées à des « sociétés d'Etat » qui interviennent dans un marché de concurrence, mais avec des règles d'économie protégée. Tous ne sont pas tenus aux mêmes exigences budgétaires, ni aux mêmes contraintes de gestion.

Les centres de services sociaux nationalisés

Ce sont les C.S.S. qui, les premiers, ont cherché à définir leur champ d'expertise (A.C.S.S.Q., 1985-1986). Avec l'approche bio-psycho-sociale, ils ont pris charge des problèmes sociaux omniprésents chez la clientèle psychiatrique ou ex-asilaire. Une forme de médicalisation des comportements sociaux marginaux a paru se développer, de prime abord. Puis, les travailleurs sociaux, se joignant aux équipes de soins psychiatriques, ont élaboré une approche clinique spécifique, qui intervient en contrepartie de cette médicalisation.

Serait-ce à cause de leur vocation antérieure de soutien charitable que les C.S.S. ont favorisé des structures éclatées dans la communauté, en continuité avec leur compétence clinique spécifique ?

En comparaison des C.H. psychiatriques qui ont été laïcisés mais ont conservé leur autonomie corporative et légale, les C.S.S., eux, émanent d'une nationalisation des services ambulatoires issus des secteurs privé et communautaire sans but lucratif, et ils s'inscrivent bien dans la continuité de leurs origines.

Les conseils régionaux entrepreneurs

Les conseils régionaux, pour leur part, sont passés du rôle de « planificateurs » à celui de « promoteurs » ou « entrepreneurs » actifs. On pourrait les assimiler à certaines sociétés de développement économique régional. Certains d'entre eux ont une approche incitative, d'autres une approche de soutien, d'autres enfin une approche plus coercitive.

Lorsque des organismes de planification sont à la fois planificateurs et promoteurs, il y a risque de fragilité à deux niveaux :

- le pouvoir limité des C.R.S.S.S. leur fait adopter des stratégies de « fait accompli » face au ministère, avec des fonds non récurrents ;
- les organismes sont maintenus artificiellement en vie par une forme d'incubation économique, soumise aux courants idéologiques dominants.

Combien d'organismes ainsi maintenus pourront atteindre leur seuil de viabilité avant le débranchement toujours possible de l'incubateur soumis aux aléas du politique ?

Cette stratégie de développement cahotique, qui compte sur l'espoir du renouvellement presque auto-

TABLEAU 2

Découpage historique des étapes de développement et caractéristiques des ressources intermédiaires

Caractéristiques	les années de plomb (1950-1960)	les années de migrations (1960-1970)	les années de rêves (1970-1975)
Idéologies dominantes du système de santé	Déculpabilisation, protection et guérison	Désinstitutionnalisation (rapport Bédard)	Normalisation Banalisation (le patient devient usager)
Philosophie/objectifs	Bienfaisance et allègement de la souffrance (charité)	Modernisation et valorisation du patient	Décentralisation et réadaptation
Clientèles	Accroissement des marginaux	Diminution de la population asilaire	Accentuation de la diminution de la population asilaire
Promoteurs	Les asiles (absence de ressources intermédiaires)	Centre hospitalier psychiatrique (foyers affiliés, pavillons)	État, Centre hospitalier, psychiatres
Ressources disponibles	Absence de ressources spécialisées Début des découvertes pharmacologiques	Émergence de ressources spécialisées Satellisation des ressources en CH-psychiatrique	Gamme de spécialistes en psychiatrie en C.H. et à l'externe (sectorisation)
Sources de financement	Communautés religieuses et l'État	État (per diem) Assurance hospitalisation	Assurance maladie (budget protégé)
Adaptabilité et flexibilité	Substitution à la communauté mais isolement dans cette communauté	Apparition de nouveaux milieux de vie (foyers et pavillons)	Articulation d'un nouveau système de santé et de services sociaux et intégration des ressources intermédiaires au système de santé

TABLEAU 2 (suite)

les années de recherche d'identité (1975-1980)	les années de restrictions (1980-1985)	les années de pragmatisme (1986 et +)
Intégration à la communauté et réinsertion sociale	Maintien dans la communauté	Concertation publique, privée et communautaire
La psychiatrie communautaire	Valorisation de la santé mentale Recherche d'un nouveau modèle de développement (ex. les aidants naturels)	Gestion et planification des services de santé mentale: le regroupement, la sous-régionalisation
Accroissement de la demande externe et apparition de nouveaux types de patients chroniques	Nouvelles clientèles chroniques (syndrome de la porte tournante etc.)	Nouvelle génération jeunes adultes en processus de chronicisation et clochardisation
Ch psychiatrique familles d'accueil et pavillons organisation communautaire en santé mentale	Organismes de planification (CRSSS, CSS)	Ressources communautaires en santé mentale
Réseau public Réseau privé (pavillons et familles d'accueil) intervenants communautaires et variété de services externes	Nouveaux types de ressources (aidants naturels, travailleurs communautaires) consolidation des ressources intermédiaires	Les ressources publiques stagnantes Les ressources intermédiaires en consolidation Les ressources communautaires en développement
État providence (croissance du financement)	Restrictions, compressions budgétaires et coupures	Restriction, rationalisation budgétaire et équilibre
Intégration communautaire de la psychiatrie et du patient dans le contexte d'un réseau de services (CRSSS, CSS, etc.)	Adaptation des ressources à un nouveau contexte socio-économique	Recherche de la standardisation

matique des acquis, fonctionne de moins en moins, à cause des valeurs de performance, de rentabilité et d'efficacité sous-jacentes aux idéologies néolibérales ou néo-conservatrices. En cas d'échec, les victimes sont rarement les promoteurs initiaux mais plutôt les entrepreneurs locaux : par exemple, les ressources communautaires en santé mentale, qui doivent réclamer à cor et à cri l'argent qui est leur oxygène, dans le contexte d'une stratégie de confrontation de plus en plus inadéquate et inefficace avec l'Etat. N'assistons-nous pas à une dynamique de ce genre dans le cas des ressources alternatives de la région métropolitaine ?

Les C.L.S.C. en recherche de statut

Enfin, les derniers promoteurs publics arrivés dans le champ de la santé mentale sont les C.L.S.C. Ces derniers risquent de se voir confier les mandats de première ligne sur leurs territoires. Mais si les ressources nécessaires n'y sont pas affectées, leur seul choix sera de s'en tenir au champ préventif et aux pratiques déjà existantes. Selon notre analogie économique, nous les assimilerions à des agences locales de développement para-publiques, qui seraient financées par du capital de risque de l'Etat ; car il n'est pas évident, dans la situation actuelle, qu'ils pourraient remplir le mandat que l'Etat voudrait leur confier en santé mentale.

La réalité des C.L.S.C. est aussi diversifiée que celle des hôpitaux ou des organismes bénévoles : il y a ceux qui roulent en Cadillac et ceux qui roulent en Renault 5, ces derniers étant essentiellement constitués de ressources de transfert à partir des centres de services sociaux et des départements de santé communautaire.

Outre des différences notables dans les moyens dont disposent les C.L.S.C., les approches qu'ils développent varient avec la multitude d'écoles et de courants de pensée qui traversent le secteur.

Les promoteurs privés

Un promoteur ou un entrepreneur est habituellement un individu qui assume les risques de son investissement dans une activité de type économique.

Nous avons vu jusqu'à maintenant un certain nombre d'entrepreneurs publics qui, à la différence des entrepreneurs privés, risquent les deniers publics de

la collectivité tout en conservant une certaine immunité qui les met à l'abri en cas d'échec.

Les entrepreneurs privés ne sont pas les plus récents arrivés dans le secteur de la santé mentale. Ils sont apparus bien avant les dernières générations de promoteurs publics et des tout nouveaux entrepreneurs communautaires. Les foyers, pavillons et familles d'accueil, qui constituent aujourd'hui l'essentiel de ce réseau de promoteurs privés, existent depuis 20 ans.

Initialement issu du réseau des C.H. psychiatriques, ce réseau, même s'il fonctionne de façon autonome, n'en demeure pas moins dépendant, d'abord de l'institution psychiatrique et ensuite des C.S.S., pour son accréditation et pour sa clientèle, qui est considérable. En 1986, la COPFA (COPFA, 1985-86) évaluait à environ 6500 patients psychiatriques adultes le nombre de résidents en famille d'accueil ; et à 4500, les résidents en pavillon. Ainsi, près de 12000 adultes y ont été désinstitutionnalisés. Mais n'ont-ils pas été seulement trans-institutionnalisés ? Nous avons peut-être assisté à une forme de migration « inter-institution », vers des lieux plus éclatés et moins apparents dans la communauté.

On a l'impression que le réseau des familles d'accueil est devenu le réseau-tampon qui absorbe la clientèle laissée pour compte par les autres systèmes. Pour se donner bonne conscience, on a tenté d'améliorer le sort de ces « artisans entrepreneurs ». On a donc catégorisé les familles d'accueil afin de leur accorder un *per diem* (plus incitatif que réel) selon la lourdeur de leur clientèle - en particulier pour la clientèle psychiatisée, vieillissante, dont l'état est chronique mais stable, et que le réseau public ne peut plus ou ne veut plus prendre en charge.

Les pavillons comptent plus de 4500 places pour adultes psychiatriques (Commission Rochon, 1987). Depuis 15 ans, on essaie constamment de redéfinir leur vocation. Bien qu'une somme de plus de 4 500 000 \$ soit consacrée à leur encadrement, l'image populaire qui s'y attache est celle de minisiles. Dans la logique de notre analogie, les pavillons pourraient être les « franchises » des institutions psychiatriques.

Plutôt que de nier ou de refuser de reconnaître la nécessité des ressources-pavillons, ne pourrait-on pas les revaloriser en tant que « milieu de vie » indispensable à une catégorie de patients, les jeunes chroniques à long terme ? On peut aussi utiliser le pavillon comme formule de répit, comme dépannage

pour les familles d'accueil ou pour le réseau de ressources communautaires, qui s'engorge actuellement. Cinquante millions de dollars sont actuellement consacrés aux milliers de personnes prises en charge dans les familles d'accueil et les pavillons. Plus de 5 000 aidants y travaillent, pour un revenu moyen inférieur à 5 \$ l'heure, souvent 24 heures sur 24, sept jours par semaine et 365 jours par an. Bien que cela puisse faciliter leur accès à la propriété ou simplement remédier à leur précarité d'emploi, ces aidants sont loin d'un investissement à « haut rendement de capital ».

On constate par ailleurs que ce réseau de promoteurs ou entrepreneurs privés de la santé mentale est très dépendant des promoteurs publics: C.H. psychiatriques et C.S.S. Ceux-ci contrôlent en effet son développement de façon indirecte, par la référence de la clientèle d'une part, et par l'accréditation d'autre part. On pourrait presque parler d'un secteur privé « supervisé » ou même « tenu en laisse » par le secteur public.

Aucun doute cependant, ce réseau demeure un maillon indispensable dans la chaîne du système d'hébergement pour la clientèle ayant des troubles mentaux.

Les promoteurs communautaires spontanés ou pragmatiques

Il devient de plus en plus difficile de voir clair dans l'univers des « promoteurs communautaires », au fur et à mesure que se développent les divers types de « ressources intermédiaires ». En effet, de nombreux promoteurs publics, C.H. psychiatriques et conseils régionaux, par exemple, ont soutenu et créé de toutes pièces de nombreux organismes sans but lucratif (O.S.B.L.) se définissant comme « communautaires » et ayant comme mandat d'exploiter des ressources intermédiaires.

Ce secteur communautaire, extra-hospitalier ou inter-institutionnel, dépend complètement des fonds versés par des promoteurs publics et est lié par contrat de services à ceux-ci. Cela n'enlève pas, à nos yeux, leurs assises dans la communauté; par contre, cela génère une nouvelle classe d'organismes communautaires d'intervention dans le champ de la santé mentale.

Cette nouvelle classe, lorsqu'elle n'est pas le fruit de la concertation stratégique de promoteurs publics,

émane souvent d'intervenants professionnels du réseau institutionnel, pour qui elle représente la possibilité d'expérimenter et de poursuivre des objectifs d'intervention difficilement réalisables au sein de leurs institutions.

Parfois on verra ce type de « promoteurs communautaires » bénéficier de tout le support d'un conseil régional pour ses immobilisations et de tout le personnel nécessaire aux opérations, prêté par un C.H. psychiatrique (exemple, Le Mûrier Inc.). Dans cette situation, la ressource n'est autonome qu'en théorie puisqu'elle ne peut disposer ou aliéner ses biens et qu'elle doit desservir en exclusivité la clientèle du C.H. psychiatrique si elle ne veut pas voir ses ressources humaines rapatriées.

Les promoteurs communautaires intégrés ou stratégiques

À la première catégorie « promoteurs communautaires », issus directement ou indirectement du milieu institutionnel, s'en ajoute une deuxième, les « alliés communautaires stratégiques ». Un développement accéléré de ressources et l'injection massive de fonds² ont favorisé des alliances entre les nouvelles corporations communautaires et un certain nombre d'organismes bénévoles qui intervenaient déjà dans la communauté, dans le champ de la santé mentale (par exemple: Croix Blanche, P.A.L., Omega, Parrainage civique, A.P.A.M., etc...).

Cette frange d'organismes communautaires, plus axée sur les services, moins revendicatrice et plus stratégique, a compris que, dans un contexte de ressources restreintes, il valait mieux se proposer comme partenaire contractuel et assurer son développement que discourir et crever de faim.

Dans cette perspective, ces organismes communautaires ont investi les structures de développement de ressources (comités aviseurs) (cf Fontaine et Rochette, 1986), ils se sont prêtés à des fusions-intégrations, ils ont participé à la création de leurs partenaires et se sont partagés à la fois les rôles et les ressources financières. On peut penser que ces alliances stratégiques et contractuelles ont aussi comme avantages secondaires d'offrir aux « permanents » de ces structures un potentiel de mobilité plus grand, tant horizontalement que verticalement. On voit ainsi apparaître progressivement une mobilité

inter-réseaux (institutionnel, intermédiaire, alternatif) ; on peut ainsi, par exemple, suivre le parcours de promoteurs communautaires, qui, après avoir été « militants alternatifs » et « intervenants intermédiaires », se retrouvent responsables de coordination de « ressources extérieures » en milieu institutionnel ou, plus prosaïquement, agents de plans de services. Cette mobilité, loin de ne convenir qu'aux intérêts de ceux qui en profitent, a le mérite de favoriser l'émergence d'une meilleure perspective de continuité des services.

Nous avons donc jusqu'ici deux catégories de « promoteurs communautaires » :

- les promoteurs communautaires spontanés (ou pragmatiques) ;

- les promoteurs communautaires intégrés (ou stratégiques).

Une dernière catégorie complète le tableau, elle est constituée par les promoteurs communautaires alternatifs (ou orthodoxes).

Ce dernier groupe est le plus visible, pour ce qui est du nombre de ses ressources diversifiées, compte tenu de son absence de moyens stables de survie et de la gamme de ses factions idéologiques.

Le bassin militant « alternatif », s'il ne partage pas le « gâteau » monétaire, a au moins la consolation d'avoir le « crémage » idéologique, c'est-à-dire le monopole du « discours alternatif » et de « l'accréditation morale ». Les deux premières catégories de promoteurs se partagent la récurrence des fonds et le développement avec un discours sobre, tenu en sourdine. La troisième définit le « discours » et la philosophie, et hérite de la non-récurrence budgétaire.

De toutes façons, étant par nature « alternatif », ce segment du mouvement est plus « volatile », plus mobile, et sa pauvreté relative vient renforcer sa cohésion interne et son rôle de chien de garde.

Pauvreté, communautarisme, orthodoxie sont ici associés et alimentent la congruence d'un rôle réactif. Ces promoteurs sont communautaires beaucoup plus par leurs valeurs, par les nouvelles normes qu'ils édictent et par le rôle de défenseurs des droits qu'ils se sont assignés, que par le nombre de leur clientèle ou l'originalité de leur projet thérapeutique.

Discussion

Le milieu psychiatrique et institutionnel ayant généré une grande partie du secteur communautaire, volontairement ou pas, il peut, lorsqu'il le veut, s'arti-

culer en concertation et en harmonie avec celui-ci (exemple : le C.H. régional de Lanaudière-C.H.R.D.L. 1982, 1984). Cependant, malgré cette richesse, certaines catégories de bénéficiaires ont de la difficulté à s'intégrer dans ce réseau de ressources intermédiaires³. Le réseau intermédiaire peut être tenté de discriminer ses clientèles avec le temps. Cela aurait pour effet d'entraîner l'élaboration d'une nouvelle strate de ressources, pour s'occuper des exclus, des refoulés, des oubliés, des « plus fous ».

Le développement des catégories de promoteurs, examiné sous l'angle de la stratification, nous amène à faire ressortir l'interdépendance des uns et des autres, et leur position le long d'un continuum qui s'étend de l'institution psychiatrique au groupe d'entraide. De même que l'économie de marché permet l'éclosion de formes multiples d'entrepreneuriat, le marché de la santé mentale permet l'émergence de ressources variées. L'appropriation d'une clientèle-cible ou d'une compétence spécifique favorise parfois des alliances pour conquérir un marché trop restreint.

Le fait, assez fréquent, de se garantir le champ de compétence nécessaire par contrat ou par sous-traitance peut occasionner une dépendance, dans la mesure où l'expert détient une pièce stratégique sur l'échiquier du champ d'intervention de ces ressources.

A condition de ne pas confondre discours et réalité, le phénomène qu'on observe dans le milieu économique avec l'avènement des coopératives et des PME pourrait aussi se reproduire dans le domaine de la santé mentale.

En guise de conclusion

En guise de conclusion, nous énumérerons les enjeux ou défis auxquels seront confrontés les promoteurs.

Le premier défi consiste à générer un modèle québécois qui permettrait de : a) centrer sur les bénéficiaires et leur famille le développement des services ; b) désinstitutionnaliser les intervenant(e)s et c) explorer de nouvelles formules de gestion (par exemple des corporations de plans de services). Ces nouvelles formules de gestion assoupliraient les normes et règlements dans l'administration des services de santé et des services sociaux et supporteraient l'éclosion de formules novatrices (les principes de saine gestion et de protection contre les conflits d'intérêts étant par ailleurs respectés).

Le second défi est le partenariat horizontal, c'est-à-dire l'abandon par les secteurs public, privé et communautaire de leurs préjugés naturels et l'urgence que d'autres acteurs assument leurs responsabilités respectives en matière de travail, de justice, sur les plans municipal, régional et provincial; en somme, une approche multisectorielle. Le défi du partenariat vertical est l'intégration de la spécificité médicale (psychiatres et omnipraticiens) et de la spécificité des autres intervenant(e)s.

Le troisième défi en est un d'expérimentation et d'évaluation. Les composantes du modèle québécois s'enrichiront si une pratique d'évaluation, amorcée au moment de la conception des projets, se poursuit d'une façon continue lors de leur expérimentation.

NOTES

1. Cet article s'inscrit dans le prolongement d'une réflexion amorcée lors d'un mandat de recherche reçu du Comité de la politique de santé mentale (comité Harnois), qui portait sur le développement des ressources intermédiaires (Gendreau, C., 1986).
2. Par exemple, lors de l'injection massive de fonds dans la région 06 A, depuis 1982, avec la constitution d'une marge de manœuvre pour le développement de ressources communautaires en santé mentale, à même les budgets des C.H. psychiatriques de la région.
3. Sauf peut-être dans l'Est de Montréal, où l'Institut Philippe-Pinel, en collaboration avec le centre Pierre-Joseph-Triest, a réussi à intégrer cette clientèle dans le réseau intermédiaire (Brunelle, A., 1985). L'Institut a investi près de 200 000 \$ par an pour obtenir ce résultat.

REFERENCES

- A.C.S.S.Q., 1985, *De l'institution à l'autonomie*, mémoire à la sous-commission des Affaires sociales, nov.
- A.C.S.S.Q., 1986, *Les services sociaux au Québec: problèmes spécifiques et pistes de solution*, mémoire à la Commission Rochon, juin, 207 pages.

Brunelle, A., 1985, *Les ressources communautaires et intermédiaires dans la région de Montréal*, Institut Philippe Pinel, Nov.

C.H.R.D.L., 1982, *Perspective d'évolution des services offerts dans le secteur psychiatrique*.

C.H.R.D.L., 1984, *Plan de développement et de réorganisation du C.H.R.D.L.*

Commission Rochon, *Evolution des ressources intermédiaires et d'hébergement de 1970 à 1986*, Québec.

C.O.P.F.A., *Statistiques 1985*, extrait de l'état de situation des C.S.S.

C.O.P.F.A., 1986, *La place des pavillons dans le réseau du M.A.S.*, 16 pages.

Gendreau, C., 1986, *Les ressources intermédiaires en santé mentale: un réseau de services convergents, public, privé et communautaire*, document préparé pour le comité de la politique de santé mentale.

SUMMARY

In this article, the author looks at the various people operating in the area of mental health as entrepreneurs sharing a market valued at +900 million. The study shows how today's promoters have become an extension of psychiatric institutions and the vehicles of the Ministry of Health and Social Services and, ultimately, of the State. The author explains that not all promoters have the same level of experience nor the same financial stability; that certain players act as multinationals, others as crown corporations, while still others, the most recently established, are working, if you follow the analogy, as either small and mid-sized firms or craftsmen in the field of mental health. The author points to a gradual stratification of those involved, from promoters struggling to survive to those intent on developing themselves, in a market where everybody wants their place under the sun.