

Les ressources alternatives en santé mentale : l'expression d'une pratique psychosociale en évolution

Nicole Fontaine

Volume 8, Number 2, November 1983

Enfant et famille

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030202ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030202ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Fontaine, N. (1983). Les ressources alternatives en santé mentale : l'expression d'une pratique psychosociale en évolution. *Santé mentale au Québec*, 8(2), 163–165. <https://doi.org/10.7202/030202ar>

**LES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE :
L'EXPRESSION D'UNE PRATIQUE PSYCHOSOCIALE EN ÉVOLUTION**

Montréal, le 24 octobre 1983

Le dernier numéro semi-thématique, volume VIII, n° 1, juin 1983, de la revue *Santé mentale au Québec* aurait pu porter entièrement sur les ressources alternatives tant ce type de ressource est diversifié, dynamique et en pleine évolution au Québec. Le volume VI, n° 2 avait décrit quelques ressources. Le numéro de juin 1983 présente deux ressources montréalaises et une californienne. C'est un bien bref aperçu! Faudra-t-il attendre d'être en France pour avoir un exposé plus exhaustif de ce qui se passe au Québec? La revue *Transitions* publiée à Paris consacrera ses deux prochains numéros aux ressources alternatives québécoises... À cette fin, elle a invité des ressources de la Montérégie, de Québec et de Montréal à préparer des communications.

Définir l'alternative comme un «mouvement social qui cherche à changer la pratique psychiatrique, à révolutionner les rapports existants entre les usagers et les soignants au sein de notre système de santé» (selon l'opinion de certains cités dans l'éditorial de Guertin et Lecomte, p. 4) m'apparaît réductionniste et on a alors raison de penser «que le mouvement risque de décevoir rapidement et d'apporter peu d'effets bénéfiques aux principaux intéressés : les psychiatrisés». (Guertin et Lecomte, p. 4).

L'alternative pourrait plutôt être définie comme l'expression de l'émergence d'une pratique psychosociale originale qui se dégage graduellement du modèle psychiatrique à prédominance médicale.

Les alternatives contribuent sûrement à un certain changement dans la pratique psychiatrique

hospitalière, mais ce n'est qu'indirectement puisqu'elles se situent la plupart du temps au Québec, à la périphérie ou même hors champ psychiatrique quand ce n'est pas en opposition marquée aux pratiques psychiatriques.

Si nous définissons les services de santé mentale comme un ensemble de services d'éducation, de prévention, de traitement à court et moyen termes, de réadaptation, de réinsertion sociale, d'hébergement et de soins prolongés qui visent à favoriser le fonctionnement socio-psycho-affectif optimum de l'individu dans son milieu (Plan d'organisation des services de santé mentale de la Montérégie), nous remarquons que la majeure partie des services au Québec est concentrée dans le secteur psychiatrique hospitalier laissant presque à découvert les autres secteurs, particulièrement ceux du traitement psychosocial, de la réinsertion, de la réadaptation/réhabilitation (réintégration d'un rôle social acceptable).

Or, c'est dans ces secteurs surtout qu'apparaissent actuellement les nouvelles ressources. Elles naissent majoritairement de l'initiative d'ex-patients psychiatriques, de non-professionnels, de professionnels la plupart du temps non psychiatres. Elles sont cependant souvent financées par le réseau hospitalier puisque c'est là que se fait sentir la pression des taux de 60 à 70% de réhospitalisation, et que c'est là aussi qu'est concentrée la majeure partie des ressources financières et humaines en santé mentale.

Cependant, tout en adressant parfois de sévères critiques à l'institution psychiatrique, à la médicalisation de la maladie mentale et à la dépendance psychologique et chimique qu'elle crée, l'alternative

actuelle peut rarement la remplacer dans les moments de crise. La plupart de ces ressources visent plutôt à combler le néant devant lequel se retrouve souvent le «malade» mental à sa sortie du service de psychiatrie ou lorsque ses proches sont devenus impuissants.

Ainsi, on peut considérer ces nouvelles ressources, qu'elles soient alternatives ou structures intermédiaires, comme un nouveau type de service sur le marché. Elles prennent une place jusqu'alors inoccupée ou, au mieux, mal desservie.

Il est indispensable, pour la survie de leur dynamisme, qu'elles demeurent ou deviennent autonomes par rapport à l'institution ou au département psychiatrique et qu'elles développent une pratique psychosociale renouvelée et originale dans une relation de collaboration avec celui-ci, le C.S.S. et surtout avec les équipes psychosociales de santé mentale, d'action communautaire et de maintien à domicile des C.L.S.C.

Des auteurs cités par Lecomte et Tourigny soulignent une lacune importante : l'absence de théorie globale de développement psychosocial. À quand l'élaboration au Québec d'une théorie psychosociale à partir des expériences communautaires?

L'apparition des ressources alternatives dans la communauté permet de passer d'une approche essentiellement centrée sur la maladie à une approche plus «écologique» axée davantage sur la valorisation de l'autonomie des personnes, groupes et communautés par rapport aux services socio-sanitaires, et sur le développement des compétences, des capacités d'interaction positive des individus et des collectivités avec l'environnement. Elle s'accompagne nécessairement d'un changement des attitudes «qui prennent en charge» vers une attitude de support et «d'accompagnement» envers les personnes, les groupes, les communautés qui «se prennent en charge». Il faut leur remettre la responsabilité de s'aider et de s'entraider et accepter d'être un facilitateur, un catalyseur de ce potentiel d'aide. Cependant, l'approche communautaire n'est pas la solution magique dans notre société en «désintégration» (Leighton, 1982), mais elle peut réussir à certaines conditions.

La plupart des éléments stabilisateurs, intégrateurs des communautés ont été grandement affaiblis, tels que l'église, le couple, le travail, faisant monter en flèche les indicateurs de déstabi-

lisation : taux de suicide, d'alcoolisme, de consommation de psychotropes, de divorce, de mobilité, de monoparentalité, etc. Il faudra d'abord identifier la trame sociale de la communauté particulière avec laquelle on veut travailler et sûrement la comprendre et en évaluer le potentiel, si ce n'est la recréer, avant de pouvoir miser sur sa capacité de prendre en charge des problèmes de santé mentale. Par exemple, selon le sociologue Leonard S. Cotrell, les qualités suivantes doivent être présentes dans la trame sociale si on veut qu'une approche communautaire ait quelque chance de succès : c'est le «Community competence» (Leighton, 1982, 213).

1. Strong sentiments of commitment to work for the benefit of local affairs on the part of community members.
2. Ability to define situations clearly.
3. Articulateness and capability in communications.
4. The capacity to contain conflict and to bring about accomodation.
5. Active participation in community affairs.
6. Organization for managing relations with the larger society.
7. Organization for facilitating collective decision making.

La pratique socio-communautaire actuelle habitée surtout à une approche individuelle devra se renouveler.

Il ne faut pas oublier que depuis des décennies, notre système de soins a fortement incité la population à consommer, il est devenu très «accessible». Il a beaucoup pris en charge... mais l'état psychosocial et de santé ne s'est pas nécessairement amélioré et des habitudes se sont créées. La population prend maintenant peu en charge ses membres les plus démunis, on l'en a dissuadé. Et il faut maintenant renverser cette tendance.

Les ressources alternatives sont l'expression de l'évolution de la société et de son mode d'organisation des services. Il y a une décennie, les cliniques externes avec leurs équipes multidisciplinaires ont été les ressources alternatives de l'époque. Avec le concours de diverses disciplines professionnelles, avec le changement de lieu de pratique hors des murs de l'institution et une plus grande ouverture vers la communauté, elles ont représenté un grand pas en avant. Certains, à tort, ont vu en elles la

panacée, le miracle et ont été inévitablement déçus comme le seront ceux qui fondent tous leurs espoirs dans les alternatives d'aujourd'hui.

Comme nous le promettait Tofler (1980), la société monolithique d'hier à laquelle convenait parfaitement l'approche institutionnelle a fait place à une société pluraliste et en rapide évolution, qui, pour répondre aux besoins de services de ses membres, doit se doter d'un ensemble adaptable et varié de services. Ainsi, les ressources alternatives d'aujourd'hui seront probablement désuètes dans 10 ans.

À cause de la flexibilité que leur permet leur petite taille, elles se seront transformées ou de nouvelles naîtront qui correspondront davantage au contexte de l'époque. Elles auront cependant contribué à l'évolution de l'organisation des services, à l'exploration de nouvelles approches avec les tâtonnements, les avantages et les inconvénients que cela représente.

Enfin, les ressources alternatives ont peut-être ceci de révolutionnaire qu'elles suscitent un questionnement chez les autres types de services en santé mentale établis depuis longtemps et peut-être un tantinet figés, tels que le département de psychiatrie, les hôpitaux psychiatriques, les cliniques externes, les centres de jour et les C.S.S. dont l'apport en santé mentale se limite trop souvent aux «placements» à part quelques exceptions.

Le rapprochement des équipes psychiatriques des équipes psychosociales des C.L.S.C. apparaît comme une évolution indispensable compte tenu qu'elles sont toutes les deux aux services d'une population qui présente des problèmes psychosocio-affectifs.

Un des types de ressources alternatives le plus prometteur, s'il est suffisamment financé sans

trop de contraintes normatives, est la petite corporation sans but lucratif qui tout en étant autonome entretient des liens de collaboration avec les autres organismes du milieu, tels que le département de psychiatrie, le C.L.S.C., le C.S.S., les bénévoles, le Centre de main-d'œuvre, le voisinage, l'épiciier du coin, l'éducation permanente, etc.

Dotée d'un conseil d'administration dont la composition n'est pas réglementée par la loi des services sociaux et de santé, cette petite ressource peut y intéresser des personnes clés, multiplicatrices dans la communauté telles que des chefs d'entreprise, participation qui pourrait déboucher sur le marché du travail et contribuer ainsi à démystifier la maladie mentale dans son entourage.

Enfin, en terminant, il faudrait pouvoir ajouter aux mots de Berke (cités par Lecomte et Tourigny) en parlant de l'organisation des services de santé mentale au Québec, «WE DO NOT CURE BUT WE DO NOT HARM» les mots suivants : MOST OF ALL WE CARE.

Nicole Fontaine, conseillère
Planification et Coordination du réseau
C.R.S.S.S. de la Montérégie

RÉFÉRENCES

- LEIGHTON, A., 1982, *Caring for mentally ill people*, Cambridge, University Press.
Plan d'organisation des services de santé mentale de la Montérégie 1983-88, avril 1983.
 TOFLER, A., 1980, *La troisième vague*, Denoël, Paris.

N.D.L.R. Pour le bénéfice de nos lecteurs, mentionnons que le groupe G.I.F.R.I.C. de Québec s'apprête à publier les *Actes du premier colloque franco-québécois sur les ressources alternatives* dans lesquels les lecteurs trouveront un relevé exhaustif des ressources alternatives québécoises.