

Pour une politique en santé mentale For a mental health policy

Willy Apollon

Volume 11, Number 1, June 1986

Politiques et modèles I

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030322ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030322ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Apollon, W. (1986). Pour une politique en santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 11(1), 75–104. <https://doi.org/10.7202/030322ar>

Article abstract

At the point of civilization where we find ourselves today, in the post-modernity conditions, the responsibility of civil society is a determining factor in the overall politic of mental health. More than ever we have to think of health and mental health in particular in terms of a social dynamics where the participation of social groups and individuals in the responsibility for collective health has priority over the structures of state and institutional interventions. The responsibilities of the state, the institutions and professionals are therefore displaced and redefined while new rights emerge and with them the need for more information and control for the users who pay for health services with their taxes. The concern to adapt a system now anachronistic can only increases the problems of a society responsible for its obsolescence. The social and human costs of the radical changes needed, will in the short term, be socially less burdensome than the consequences of illusory adaptations. In this area, we can expect that nothing will be effective without the mobilisation by the state of the collective responsibilities for a social involvement in public health.

Pour une politique en santé mentale

Willy Apollon*

Dans la conjoncture de civilisation où nous nous trouvons, dans les conditions de la post-modernité, la responsabilité de la société civile est un déterminant majeur de toute politique de santé mentale. La santé et la santé mentale en particulier, plus que jamais doit se penser en termes d'une dynamique sociale, où la participation des groupes sociaux et celle des individus, dans la prise en charge de la santé collective, priment sur les mécanismes et les structures d'intervention étatiques et institutionnelles. Les responsabilités de l'état, des institutions et des professionnels s'en trouvent déplacées, et redéfinies, en même temps que surgissent de nouveaux droits et des exigences d'information et de contrôle chez les utilisateurs qui payent de leurs taxes, les services de santé. Le souci d'adapter un système devenu anachronique ne peut qu'amplifier les problèmes de société qui l'ont rendu caduque. Les coûts humains et sociaux des changements radicaux qui s'imposent, se révéleront à moyen terme moins onéreux socialement, que les conséquences d'adaptations illusoire. Rien d'efficace n'est à espérer en ce domaine, sans la mobilisation par l'état des responsabilités collectives, pour une dynamique sociale de santé publique.

Nous nous intéresserons dans cette discussion pour une politique en santé mentale, essentiellement aux grands principes qui doivent régir une telle politique, dans leurs liens avec les pratiques sociales. Il s'agit donc d'une discussion des problématiques, car une politique n'a pas à faire des choix scientifiques, mais bien plutôt promouvoir, coordonner et gérer des pratiques en fonction de choix sociaux et historiques. Nous aborderons la question de la politique en santé mentale en posant au départ un a priori que nous croyons extrêmement important: c'est que la politique en santé mentale ne peut être identique à la politique dans le domaine général de la santé. Cette différence s'impose tant à l'observateur, qu'au praticien et au chercheur. D'ailleurs, les administrations publiques sont les premières à se rendre à cette évidence, quand elles font face à la croissance inquiétante des cas, à la recrudescence incroyable des moyens les plus contradictoires dans les pratiques de prise en charge, et surtout face au fait de l'implication de plus en plus nécessaire du patient dans la gestion de sa propre santé. Nous retrouverons ces diverses dimensions du problème,

dans les différentes sections de cette discussion.

Mais il est essentiel au départ de s'interroger sur ce qu'implique comme différence la notion de santé mentale. Notre abord le plus habituel dans cette question est la problématique médicale, dominée par le point de vue biologique. La notion même de santé y est liée dans nos idéologies scientifiques et technologiques. D'une façon générale dans les institutions, les psychoses sont traitées comme des maladies physiques. Les termes de médication et de chimiothérapie sont centraux dans toute approche institutionnelle de ce qui est appelée la «maladie mentale». La nécessité d'un soubassement physiologique à la «maladie mentale», comme cause spécifique, est devenue, avec tout son prestige scientifique, la défense psychique des soignants contre la folie.

Or en fait, la notion même de santé est une notion vide, sans contenu décisif. Nous vivons en contact permanent avec des maladies de toutes sortes dans le type de société où nous sommes. Il est scientifiquement impossible de même envisager une cessation de cet état de fait, ni les conséquences effectives de cette promiscuité sur notre état de santé global à un moment donné de notre histoire personnelle, ou de l'évolution de la santé publique. Ce que nous appelons la santé n'est qu'un moment dynamique. Pour chaque citoyen la santé n'est de fait, qu'une suite de moments dynamiques, dont les ruptures sont imprévisibles et les incidences de toute façon à pré-

* L'auteur est docteur en philosophie (Paris); analyste membre du G.I.F.R.I.C., analyste consultant au Centre de Psychothérapie Psychanalytique des Psychoses (le «388»), enseigne la psychanalyse (Université Laval) et la philosophie (C.E.G.E.P. FX-Garneau); dirige depuis sept ans le groupe de recherches du G.I.F.R.I.C. sur les structures familiales et les psychoses et a publié plusieurs articles à partir de ces recherches.

voir dans un budget personnel. C'est d'abord dans ce cadre, qu'il faut situer les questions relatives à une politique de santé mentale. D'autre part, une telle politique se distingue d'un cadre plus large d'une politique générale de santé publique. Nous en resterons au cadre plus particulier d'une politique de santé mentale. Et là plus encore que dans le cadre général de la santé publique, il convient de ne pas s'enfermer dans des carcans conceptuels périmés. La santé mentale apparaît comme une dynamique, un effort d'un sujet pour articuler sa propre satisfaction dans la vie à une coexistence sociale dont les conditions historiques sont particulièrement changeantes et imprévisibles dans le type de société où nous sommes entrés depuis la fin des années 70. Nous la désignerons ici comme la «société post-moderne».

Les profonds changements sociaux auxquels sont confrontés les individus sans que jamais l'éducation ou une quelconque formation n'aient pu les y préparer, sollicitent sans cesse de l'individu une vigilance et une créativité qui dépassent de plus en plus les possibilités de la moyenne des individus de notre société. Les conditions sociales, économiques, culturelles, familiales et autres, favorisent ou bloquent pour chacun cette vigilance et cette inventivité indispensables à l'effort et au travail de santé mentale. Car dans ce cadre, la santé mentale constitue pour chaque personne un véritable travail, nécessaire à sa satisfaction et à sa coexistence avec autrui, comme citoyen qui participe (citoyen à part entière) à l'histoire de sa communauté, plutôt que de la subir. Une politique de santé mentale ne peut se permettre de s'enfermer avec certains corps professionnels dans des conceptions univoques, biologistes, comportementalistes ou psychologiques de la santé mentale. Car ici comme ailleurs, nos politiques coûtent ce que nous sommes prêts à payer en coûts humain, social et financier pour les idéologies qui les motivent et les justifient, quand nous maintenons des idéologies et des modèles qui ne sont plus efficaces dans les conjonctures historiques auxquelles nous sommes confrontés.

L'extension des phénomènes de psychose dans nos sociétés post-modernes et les coûts sociaux de plus en plus effrayants qu'ils nécessitent, suscitent la question suivante: si de tels phénomènes sont d'origine physique, jusqu'où en verrons-nous l'extension? Quelle proportion d'une population

comme la nôtre en serait atteinte? 30%? 24%? 35%? Peut-être les ministères responsables devraient-ils publiciser les statistiques sur les médications utilisées depuis 10 ans, les diagnostics qui les ont motivées, les modifications apportées à ces diagnostics et à ces médications, pour un même cas et à l'intérieur des changements de praticiens ou d'institutions, et ce, sur une période définie, leurs coûts, le pourcentage de la population qui utilise de tels services et moyens, etc... De telles statistiques pourraient certes nous aider à préciser nos questions. Les statisticiens et les informaticiens des différents ministères concernés savent parfaitement ce qu'il faut faire pour avoir de telles informations, et les cadres savent déjà ce que la publication de telles données peut faire redouter.

D'autre part dans la mesure où notre problématique d'approche des «maladies dites mentales» est essentiellement physique, il est évident que leur traitement ne peut être envisagé avec sérieux que dans un cadre institutionnel lourd. En même temps notre peur profonde de la folie, trouve dans le cadre institutionnel, une défense physique en quelque sorte contre la violence que nous imputons à la folie. Ainsi une double hypothèque de nos conceptions de la folie, à la fois comme conséquence d'une désorganisation essentiellement biologique et comme proximité et source éventuelle de violence, nous contraint à une approche très médicalisée de ce que nous appelons les «maladies mentales». Une telle approche est extrêmement lourde et reste l'enjeu dominant des politiques ou de l'absence de politique en santé mentale.

Les documents du ministère, de même que les recommandations et les dossiers publiés par le comité de la santé mentale, restent axés sur les grandes institutions ou leur éventuelle division en institutions moyennes ou plus petites, et maintenant de plus en plus, sur la dite «désinstitutionnalisation», qui vient aujourd'hui occuper le terrain à peine défriché par les déjà anciennes «alternatives». Tout se passe comme si tout ce qui peut se penser dans le cadre de la santé mentale devait l'être à partir du fait des pratiques médicales et psychiatriques. Les documents officiels jusqu'au dernier document *La santé mentale*, à nous de décider qui enfin fait exception, sont tous axés malgré leurs affirmations théoriques sur un mode d'organisation des pratiques en santé mentale dominé par une approche de la folie comme maladie biologique et pour laquelle on

commence à tenir compte des dimensions psychologiques et sociales, on dit même environnementales. Le seul argument de poids qui semble avoir une chance de commencer à entamer nos problématiques très lourdes sur les maladies mentales, c'est leur coût social insupportable pour nos sociétés. Nous avons de moins en moins les moyens financiers d'entretenir nos peurs les plus archaïques et nos préjugés biologistes les plus sécurisants. Aussi à l'enfermement de la folie semble devoir succéder sa dissémination dans le tissu social. Mais celle-ci est beaucoup moins contrôlable que celui-là, et à moyen terme elle peut même s'avérer extrêmement coûteuse. Ce sera bien sûr en coût indirect, donc beaucoup moins perceptible à la société civile, mais très sensible à la santé publique et en fin de compte à l'État.

Si de telles perspectives sont justes, aucune politique en santé mentale n'a de chance de sortir des impasses créées par nos approches politiques, culturelles et institutionnelles, sans reconsidérer ses approches mêmes. Mais la machine institutionnelle à remuer semble tellement immense socialement et psychologiquement (on préfère penser habituellement que le poids est politique et économique) que l'idée même d'y toucher met en oeuvre toutes les ressources disponibles pour la protection des «acquis». Nous n'en sommes pas moins mis face à une contradiction, elle aussi extrêmement coûteuse pour notre type de société. Les institutions sont-elles faites pour les usagers ou pour les intervenants et pour la société? Une telle question est très certainement tout à fait simpliste, dans la mesure où elle est très loin de rendre compte de la complexité des faits. Il est évident que les institutions sont un marché de travail et une source de gagne-pain pour les intervenants, et même à l'occasion une source de privilèges sociaux de toute sorte, pour les corps professionnels qui s'y partagent et s'y arrachent le pouvoir... Nul ne peut contester d'autre part que nos sociétés se sont données aussi des institutions pour se défendre contre la «violence» de la folie. Et enfin on ne peut quand même pas mettre en doute le fait que les intervenants de tout niveau font leur possible pour soulager les souffrances des usagers dans les institutions.

Tout ceci n'empêche guère que, comme beaucoup d'autres organisations de nos sociétés post-modernes, les grandes institutions psychiatriques ou

autres, comme les grandes idéologies qui les ont créées et soutenues de leur générosité, ont fait leur temps. Ceci ne tient ni à la malice des hommes, ni à un défaut essentiel des institutions, simplement nos conditions de coexistence sociale et culturelle ont totalement changé par rapport à celles pour lesquelles ces grandes cathédrales de la folie ont été construites, comme nos remparts du sens et de la raison sociale. Il s'agit, pour une politique de santé mentale qui ne se veut pas un replâtrage provisoire, d'en prendre acte.

Il nous faut en effet ne pas perdre de vue que si nos problématiques biologiques et psychosociales nous paraissent lourdes aujourd'hui, après nous avoir permis les progrès et avancées des quinze dernières années, c'est qu'elles ne correspondent plus au type de société dans laquelle nous vivons. Dans la conjoncture de société industrielle et moderne, nous avons construit de grands projets, de grandes polyvalentes, de grands ordinateurs, de grandes industries, de grands centres hospitaliers. Tout était à la mesure des espoirs et des idéologies que nous permettait une fantastique croissance économique, reposant sur les matières premières et principalement les énergies produites à même l'exploitation de la nature. Tout un type de société, tout un ensemble de croyances et de valeurs, reposant sur l'opposition et l'antagonisme entre les grandes idéologies dominantes, les divisions politiques Est-Ouest, et dont la fin de la guerre du Vietnam et le surgissement du terrorisme international marquent le déclin, accompagnaient cette époque d'espoirs perdus et de grande croissance économique. La crise des années 80 en aura été le Vietnam économique. Les Institutions de cette époque et les structures administratives qu'elles secrétaient, encadraient justement les grandes réalisations de la société civile et les manques à combler par l'État, qui pouvait y tenir un rôle de suppléance. Ces stratégies institutionnelles issues des grands projets de reconstitution collective (Ex. Le plan Marshall) et de constructions nationales qui ont suivi la deuxième guerre mondiale, sont arrivées à une certaine perfection et à une stabilité telles qu'à la fin de la période moderne (la fin des années 70), elles sont devenues leur propre objet.

Après la «société post-industrielle» de Herman Kahn ou de Daniel Bell, après la «condition post-moderne» de Jean-François Lyotard, les rapports

du Club de Rome, ce qui surgit sous nos yeux comme société, c'est un véritable chantier: Réseau-polis, pour reprendre le terme d'Albert Bressand. Nous sommes dans un type de société où le développement et la croissance industriels et économiques reposent sur d'autres prémisses, et d'autres enjeux. Nous n'avons plus de mouvement hippy. L'individualisation des années 70 qui a provoqué la personnalisation des produits de l'informatique et de la robotique dans les grandes organisations technologiques, en subit le choc en retour. Nous ne fuyons plus à la campagne pour retrouver une «convivialité» impossible. Le choc informatique et robotique a modifié les conditions de production en même temps que les rapports sociaux. Les structures des grandes sociétés productrices de technologies de pointe, s'allègent et se ramifient en des conjonctures de réseaux, qui modifient profondément les stratégies administratives, les profits de rentabilité dans la chasse aux temps morts, entre temps humain et temps machine, les styles d'autorité, et redistribuent jusqu'aux derniers postes de travail les responsabilités imputables.

Ce mouvement de décentralisation interne aux grandes organisations industrielles et technologiques, s'accompagne au niveau des États appauvris par les crises et les coûts de la suppléance devenue insoutenable, d'un brusque réflexe de dérèglementation et de privatisation. C'est la fin des citadelles. Au sein de la société civile où l'individualisation grandissante s'est donnée des moyens techniques très poussés d'information et de luttes contre les empires économiques et les cathédrales administratives, se sont mis en place des réseaux techniques et légaux de plus en plus subtils et efficaces de «contournement» des systèmes et des monopoles. Là où les dérèglementations ne vont pas à la vitesse souhaitable, s'organisent les dérégulation et déstabilisation par harcèlements légaux et mass-médiatiques de toute sorte. On ne craint plus l'État, on s'en sert, on joue sur la sensibilité exacerbée des politiciens, l'immobilisme et les efforts perdus des fonctionnaires. Ces stratégies de contournement dont disposent de plus en plus le citoyen éclairé et les organisations et réseaux d'entraide dans la société civile, ne pourront pas être éliminées par la force, dans le même temps où la promotion des droits individuels devient un enjeu constitutionnel, et prend la dimension d'un intouchable.

C'est dans un tel cadre de transformations sociales incontournables, que nos politiques de santé mentale prennent une dimension jamais imaginable à l'époque industrielle et moderne, des grands projets de mobilisation nationale, des grandes idéologies, des grands systèmes institutionnels. Il y a quelque chose de ridicule et de clownesque, dans les grands débats centrés sur les accusations et les dénonciations des médecins, des syndicats, des fonctionnaires ou des administrateurs ou des politiciens. La recherche des responsables, l'accusation et la volonté de punir les coupables semblent la préoccupation principale de certaines perspectives de politique. Comme si de telles questions de civilisations pouvaient se réduire à des perspectives moralisantes! Il n'y a rien à espérer sur cette voie. Nos problèmes sont historiques. Les conjonctures ont changé. Nos institutions répondaient parfaitement à nos conjonctures d'hier. Nous aurons aujourd'hui et demain, le même génie et les mêmes dynamismes que nous avons eu hier, pour construire ce dont nous avons besoin. Les obstacles ne sont pas au niveau des personnes, qui peuvent servir d'alibis à toutes nos peurs des changements.

L'ÉTAT ET LA SOCIÉTÉ

La maladie mentale, qui concerne d'abord un blocage ou une impasse sinon un arrêt définitif de la qualité de vie et de participation sociales de l'individu, se trouve dans nos sociétés prise en charge par des organisations soit publiques, soit privées. Qu'il s'agisse d'institutions vouées au traitement, à la protection ou à la défense du handicap psychosocial, nous voyons de plus en plus l'autonomie, la liberté civique et la responsabilité de soi de l'individu souvent mises sous tutelle de fait, et souvent de la façon la plus scandaleuse. Un recensement récent «révèle que plus de 61 % des personnes hospitalisées ou qui vivent en famille d'accueil ou en pavillon sont sous curatelle, soit une personne sur trois parmi la clientèle psychiatrique, quatre personnes sur cinq parmi les personnes âgées et déficientes intellectuelles.» Ces personnes «n'ont pas la gérance de leurs biens, ni de leurs corps; elles ont perdu leur droit d'accepter ou de refuser un traitement, de choisir un médecin: elles n'ont plus le droit de décider». Dans le même temps, nous vivons dans une civilisation où toute cette autonomie et liberté

de l'individu tendent à devenir des traits spécifiques et des valeurs presque absolues. Les droits et libertés individuels sont en train de devenir l'un des traits les plus irréductibles de nos sociétés, comme il apparaît de plus en plus dans la progression des droits et les mouvements de défense de ces mêmes droits. Notre psychiatrie sociale est en passe de devenir un anachronisme et l'une des victimes historiques d'un tel mouvement culturel. Elle fonctionne pratiquement à contre-courant s'exposant à toutes les revendications juridiques après être sortie sans trop d'entames de la contestation idéologique. Le dit malade mental se trouve dans une situation que tous considèrent en être une de handicap, de détresse ou de dysfonctionnement psychosocial plus ou moins profond. Or de plus en plus il apparaît que ce genre de «situation d'impasse dans l'inventivité de sa propre vie» nécessite la pleine participation et la mobilisation de toute la créativité de l'individu pour être surmontée et dépassée. Elle exige donc doublement un changement profond de nos problématiques de psychiatrie sociale, soit à cause des changements dans nos conditions de coexistence sociale, soit à cause du coût social, humain et économique qu'entraîneront pour nous en tant que société, les contestations juridiques.

Une telle situation doit nous amener à distinguer aujourd'hui de façon claire, ce qui relève de la responsabilité de l'individu dans la prise en charge de sa propre situation de détresse mentale et d'impasse psychosociale d'une part, ce qui peut être exigible de l'État dont l'autorité et les moyens de fonctionnement viennent de nous les citoyens qui votons et payons les impôts, en même temps que nous sommes des malades en puissance dans la dynamique d'une santé toujours provisoire, et enfin ce qu'il faut reconnaître comme droits et devoirs à des organismes privés issus de la liberté d'association des citoyens. Dans nos définitions de la santé mentale et de la psychiatrie sociale, nous ne pouvons plus ignorer ces trois dimensions qui mettent en jeu des contraintes juridiques, sociales, culturelles, économiques et politiques de plus en plus incontournables.

Pour les besoins de la discussion d'une politique de santé mentale, nous définirons **la psychiatrie sociale, comme l'ensemble des moyens qu'une société se donne à un moment de son histoire, pour faire obstacle aux impasses de la folie et l'articuler à son histoire.** Nous considérerons la

folie dans la société comme **un ensemble de conditions économiques, culturelles, sociales, sanitaires, éducatives, écologiques, familiales etc... qui défavorisent, bloquent, annihilent la dynamique des sujets pour une participation satisfaisante pour eux, à la coexistence sociale dans des conjonctures historiques et sociales particulières.** Par rapport à ce frein et à cet obstacle à la vie sociale et à la participation des individus, les collectivités ont toujours mis en place tout un ensemble de moyens, de stratégies, de modèles et de services, soutenus par des valeurs et des croyances d'époque. C'est très précisément ce que nous entendons ici par psychiatrie sociale, une entreprise collective pour intégrer la folie. Évidemment nous n'entendons pas réduire un tel concept politique à une quelconque corporation professionnelle, ni à une discipline déterminée. Il n'en reste pas moins que ce concept de psychiatrie sociale en tant que politique globale peut (et veut) indiquer un certain rôle, un leadership en quelque sorte à reconnaître au psychiatre dans une perspective de santé qui ne peut être que multidisciplinaire.

Ce qu'une société exclut de son histoire, lui revient en effet sous la modalité d'un coût à payer qui est celui de cette exclusion même. Un prisonnier coûte près de \$100.00 par jour, mais en hôpital psychiatrique le patient coûte beaucoup plus, autour de \$170.00 sans doute. La question aujourd'hui du coût à payer pour faire l'économie de la folie ordinaire, semble prendre sa forme limite. Cet ensemble de moyens mis en oeuvre pour donner un sens social à la folie touche autant les institutions, les lois, les idéologies, les soignants, la recherche scientifique et les moyens technologiques, que l'enfermement idéologique et la camisole chimique du «faire taire la psychose». C'est en tant qu'«ensemble de moyens» que la psychiatrie sociale est aujourd'hui à repenser par notre société. Nous ne pouvons plus nous payer le luxe de ne pas savoir ce que nous voulons et ce qu'il nous en coûtera socialement. Ici il ne faut pas ramener de façon simpliste le coût social à un simple coût économique, même si au bout du compte la dimension économique du coût social risque de paraître à beaucoup comme déterminante. Dans ce cadre nous nous donnerons une définition minimale mais très pragmatique de la santé mentale, en laissant les spécialistes à leurs laboratoires et leurs discussions, même si

ce sont nos impôts qui paient les uns et les autres. Nous définirons ici la santé mentale par des critères socio-culturels contrôlables par une société.

La santé mentale est cette capacité qu'a un individu de se créer des conditions de vie satisfaisantes pour lui dans la coexistence sociale avec autrui, aux différentes étapes qui se succèdent dans sa vie, selon les conjonctures historiques de sa participation sociale en tant que citoyen. Il s'agit donc d'une dynamique instable, aux évolutions à peu près imprévisibles, liée aux fluctuations de la participation sociale, plutôt que d'un état qui pourrait atteindre une quelconque stabilité. Nous nous garderons bien de définir un opposé à cette notion de santé mentale qui se rapproche du système D. Il s'agit très concrètement pour une société de reconnaître que, indépendamment des théories et corps professionnels qui se partagent en ce domaine le prestige de la vérité et du savoir, un certain nombre d'individus ayant des droits et des devoirs, se voient, pour toute sorte de raisons et de circonstances à définir et à combattre, privés de leur capacité de créer leurs conditions de satisfaction dans la coexistence. La notion même de maladie mentale n'est pas pertinente ni nécessaire ici, elle relève plutôt de certaines perspectives cliniques (pas toute) parfaitement légitimes mais pas universelles, ni nécessaires. C'est une perspective parmi d'autres, intéressante certes du point de vue de la biologie et de la médecine, sans plus. Des siècles d'histoires, de civilisations et de créativité humaines suffisent à la relativiser.

Le partage nécessaire des responsabilités

Il s'agit donc dans un premier temps de sortir d'une certaine politique de santé qui au fond repose toujours sur les vieilles conceptions de la détresse psychique ramenée à des «maladies» dites mentales, dans une identification induite des situations de détresse psychique aux maladies physiques. Nous commençons à mesurer les conséquences désastreuses pour les personnes de ces vieilles conceptions. Une part importante du coût social et financier de notre psychiatrie sociale est intimement et directement liée à ces conceptions dominantes de la maladie mentale dans nos sociétés. Et ce coût devient de plus en plus problématique, à considérer le peu

de résultat qu'on est en droit d'en attendre du simple point de vue des objectifs sociaux globaux. Et bientôt, ceux qui insistent toujours à se cacher la tête dans le sable de ces vieilleries, et l'assurance-maladie avec eux, verront leurs assurances grimper à un point tel, à cause des procès qui vont se multiplier, que la situation leur deviendra intolérable. En effet, il y a d'une part nos préjugés tenaces sur l'incurabilité et la nature violente et héréditaire de la psychose qui guident nos pratiques de soins, et il y a d'autre part, l'inévitable progrès juridique et historique des droits et de leur efficacité. L'État commence à modifier ses conceptions et préjugés vieillots parce qu'il est acculé financièrement. Peut-être les associations professionnelles et les syndicats qui abritent les peurs de leurs membres, changeront-ils leurs positions avant que le coût social juridique et financier ne dépasse la capacité de payer de ces mêmes membres.

En attendant ce moment historique et politique qui ne saurait tarder, il dépendra du courage des médias et des organismes de défense des droits, que nous progressions plus rapidement dans le sens des changements qui déjà nous affectent. Il nous faut tenter de voir comment envisager et justifier le partage des responsabilités, entre les individus, la société civile et l'État. La politique de santé mentale, pas plus que les problématiques politiques de psychiatrie sociale ne peuvent être laissées à des spécialistes. Il s'agit là d'enjeux et de décisions politiques. Elles ne peuvent être le fait des épigones du savoir ni encore moins objet de rapports sociaux de force entre groupes professionnels et syndicaux d'une part et l'État d'autre part. L'intérêt public, la reconnaissance et la défense des droits des citoyens, de même que la gestion publique d'une politique de santé, doivent échapper aux enjeux des luttes d'intérêts de groupes professionnels et syndicaux de même qu'aux politiques partisans. Ils relèvent du politique. En même temps les corporations professionnelles et les syndicats sont des organisations civiles de plein droit, qui participent à l'élaboration pratique des politiques et surtout qui les rendent vivantes et effectives, on ne saurait compromettre le leadership qui leur revient dans la promotion active d'une politique collective de santé. D'autre part enfin qui peut se substituer à l'individu dans la promotion de sa santé mentale?

L'individu

L'individu est le premier responsable de sa santé. Cette responsabilité fait partie intégrante de sa santé mentale. C'est un principe auquel nous devons reconnaître une dimension juridique, puisque sur un autre plan et dans telles situations de fait la justice requerra une expertise sur le degré de responsabilité de l'individu au moment où il pose tel ou tel geste. Donc une telle responsabilité de l'individu vis-à-vis de sa propre santé est inaliénable. Cette responsabilité en tant que telle, ne peut être prise en charge, sans une quelconque forme d'aliénation, dont on ne voit pas très bien la justification sociale ni juridique. Nous ne pouvons plus ignorer ce genre de problème dans le type de société post-moderne où nous évoluons. Cela ne touche pas seulement à des cas comme les agressions mortelles d'assemblées législatives par de présumés malades mentaux, mais tout autant des crimes commis par des jeunes adolescents ou les agressions sexuelles des enfants par des parents, pour lesquels on ne pense guère curieusement à s'interroger sur leur degré de responsabilité psychique. Une politique de santé mentale doit prendre en compte cette responsabilité de l'individu vis-à-vis de sa propre santé mentale comme un devoir et un droit civique. Reste entière la question de la modalité juridique de cette prise en compte dans une politique globale de santé. Mais aux droits déjà là et reconnus par la charte canadienne ou la charte québécoise, correspondent des devoirs, sans lesquels ces droits n'auraient aucun sens civique, ni politique. Ils doivent donc trouver leur articulation dans une politique de santé publique.

Très concrètement une telle reconnaissance signifie que nous ne pouvons pas confondre les problèmes d'une société ou d'une région qui relèvent de la responsabilité de l'État par exemple, et les besoins des individus, qui relèvent de la responsabilité de ces individus. Cette distinction entre problèmes sociaux et besoins individuels est tout à fait fondamentale pour la discussion d'une politique de santé mentale. Elle permet de clarifier les responsabilités. Il incombe à l'individu, en fonction de son éducation, de son rôle social et de ses responsabilités civiques et sociales, de définir ses besoins et de déterminer les moyens de les satisfaire. On ne peut pas prétendre à la fois prendre en charge une telle responsabilité de l'individu et en même temps le

traiter psychiquement et le tenir pour responsable de ses actes. Les arguments utilisés pour occulter une telle inconséquence sont tributaires d'une peur archaïque de la folie, d'une conception de la psychose comme danger pour la société en tant que source de violence incontrôlable. Aujourd'hui, de plus en plus les faits montrent que ces arguments ne sont pas scientifiquement fondés malgré ce que l'on continue à colporter dans la population.

Ici l'État, pas plus que la société civile ne peuvent avoir de rôle de suppléance. La suppléance ici corrompt les relations avec les personnes en situation de détresse. Elle ne fait le plus souvent qu'aggraver une situation d'impasse de la créativité chez les usagers. On ne peut sans conséquence psychique pour eux, les infantiliser par des positions paternalistes, en se substituant à eux dans la responsabilité de leur propre santé. La santé mentale est une dynamique propre à la subjectivité profonde d'un être, lui en enlever le contrôle c'est le condamner. Ceci vaut tant pour les institutions publiques, que pour les organismes civils qui se veulent de protection des droits des malades, ou pour les médias qui se mettent en défenseurs de la veuve et de l'orphelin. Aussi une politique doit définir très clairement la responsabilité inaliénable de l'individu et lui donner les moyens de la défendre. Elle doit aussi prévoir et définir très clairement la limite socialement requise pour qu'une telle responsabilité soit accompagnée, provisoirement suspendue, ainsi que les moyens de contrôle d'évaluation continue et de révision de cet accompagnement comme de cette suspension.

L'importance de cette dimension de la responsabilité personnelle dans la santé mentale ne saurait être sous-estimée par les vieilles conceptions de définitions des besoins, les politiques sociales qui se sont fondées sur les définitions des besoins, étaient parties intégrantes des grandes idéologies contestataires et libératrices de la modernité. Elles étaient cohérentes avec une conception de l'État providence et interventionniste, à une époque de prospérité, où les états pouvaient suppléer aux carences des irrationalités économiques des sociétés capitalistes, par des interventions ponctuelles ou globales, sur des secteurs de faible rentabilité pour l'entreprise privée. On pouvait alors définir les besoins du plus grand nombre, ceux où il était possible de se poser en suppléance. C'était aussi un

moyen politique d'encadrer solidement les petits et moyens salariés, dans la constitution d'une structure de population « concurrentielle » dans une économie lourde basée sur la transformation industrielle de matières dites premières. Mais nous avons vu avec quelle rapidité les besoins ont débordé les masses salariales, et ce à un point tel qu'il est utopique de même imaginer une suppléance de l'État, puisque ce sont nos impôts déduits de cette même masse salariale, qui définissent les limites de cette suppléance. Cette nouvelle réalité commence, avec les nouveaux gouvernements que nous nous sommes donnés, à nous devenir presque familière. Ils n'arrêtent pas de nous paniquer de leur terrorisme du chiffre. Nous commençons à réaliser à chaque chèque de paye diminué de nos nouveaux impôts que c'est nous qui payons nos services, et non un État imaginaire. À la limite nous n'avons que les besoins que nous sommes à même de nous payer, sauf si nous continuons à vivre sur nos rêves des années 70, quand nous pensions que tout était possible. Définir ses besoins à la place de l'individu plutôt qu'avec lui, aujourd'hui relève davantage d'une relation de contrôle et de pouvoir psychiquement ambigu de la part d'un intervenant, que d'une relation d'aide efficace.

Loin d'enfermer l'individu dans une politique de besoins définis par d'autres à sa place, en fonction d'une évaluation aliénante de ses capacités, une politique de santé doit lui reconnaître le droit de définir les besoins qu'il peut assumer et satisfaire dans la coexistence avec les autres. Et sans doute à ce stade l'autonomie et la prise en charge de soi commencent et s'enracinent dans la responsabilité financière. Sous des formes à redéfinir, qui conservent l'accessibilité des services à tous, les coûts des soins de santé doivent « passer par les mains » du contribuable. Il faut qu'il ait une conscience claire et le contrôle des services qu'il requiert à travers leur coût effectif. Là commence sa prise en charge nécessaire de son propre traitement dans une perspective de santé dynamique et toujours provisoire. Il s'agira donc de redéfinir les conditions de la prise en charge, de l'accompagnement provisoire, de l'encadrement, dans la promotion d'une santé publique, dans le domaine de la détresse psychique.

Au bout du compte dans une politique de santé mentale, se signifie aussi la santé d'une société, puisque y apparaît ce que sont capables de penser

et de supporter ceux que cette société s'est donnée comme responsables politiques. La place reconnue et défendue pour le sujet en tant que responsable de la dynamique de sa santé mentale, témoigne profondément de ce que les décideurs sont capables de supporter et de défendre comme dimension d'indécidable dans une société. Or cette dimension d'indécidable est l'espace même pour une créativité collective, la part d'inaliénable en dépit de toutes les structures et superstructures de dominations et d'aliénations sociales et politiques des plus faibles. Il s'agit là finalement aussi du critère de jugement de santé politique.

La société civile

L'ensemble des citoyens pris individuellement ou librement regroupés dans des organismes et des sociétés civiles, représentent le champ d'une responsabilité spécifique dans le domaine de la santé publique, et de la santé mentale en particulier. La société civile est en effet le foyer des idéologies et des préjugés qui font obstacle à toute tentative de mise en oeuvre d'une politique en santé mentale et d'une réforme en profondeur de la psychiatrie sociale. En effet, celle-ci a toujours eu et a encore de nos jours pour un de ses objectifs jugés principaux, la défense de la société contre ce danger de l'intérieur, qu'est la folie considérée comme source de violence et de désorganisation sociales. Ainsi de façon peut-être tout à fait contradictoire, nous devons considérer aujourd'hui la responsabilité de la société civile dans l'établissement des conditions de la folie, tout autant qu'il faut discuter du rôle de la même société dans la mise en place d'une nouvelle politique de santé et la réforme de notre psychiatrie sociale. La promotion de la santé publique ne peut se présenter pour croyable en maintenant les relations individu-société qui détruisent le vécu de celui qui vit une situation de détresse psychique profonde.

Cette dimension de la responsabilité de la société civile prend une importance spécifique quand il s'agit de ce que l'on appelle la maladie mentale. Si nous nous donnons comme critère de santé mentale la capacité de l'individu à créer et à maintenir les conditions d'une vie satisfaisante dans la coexistence avec les autres, nous faisons de la participation de l'individu à la vie de la société civile, donc de son statut, de ses activités et responsabilités de

citoyen, un élément clé dans sa santé mentale. Dès lors, il faudrait aller jusqu'à dire que la société civile est le lieu même d'expression de la santé mentale, comme aussi la non-participation à la vie de la société civile un élément important dans la perte ou la diminution de la santé mentale. Pour beaucoup d'intervenants en effet l'articulation de l'usager aux activités et enjeux d'ordre symbolique et au social, sera une dimension importante du travail de promotion de la santé mentale.

Dans le domaine de la santé mentale, cette dimension de la société civile et de ses responsabilités est représentée par les organisations privées, la libre association des individus en tant que professionnels ou simples citoyens pour la défense de leurs droits et la promotion de leur participation sociale à l'histoire de leur société. Ces organisations se doivent d'avoir dans la santé publique un leadership actif à la fois dans les consensus sociaux nécessaires et dans la mise en place des pratiques et des politiques. Les corporations professionnelles et les syndicats, surtout dans une situation socio-politique où leurs salaires et honoraires proviennent directement des fonds publics, donc de nos impôts, doivent assumer ce rôle de leader dans les pratiques et les politiques. Une politique de santé publique doit très clairement promouvoir, définir et encadrer ce rôle, dans le respect des droits de l'individu.

Outre les corporations professionnelles et les organisations syndicales, la société civile offre un certain nombre de possibilités d'associations et de pratiques d'interventions. Les dernières décennies ont vu se développer des regroupements d'aide et de défense pour les citoyens en période de détresse psychique. Des organisations et des sociétés se sont mises en place et se sont développées pour soutenir la recherche et la création d'alternatives au traitement institutionnel. Les usagers se sont regroupés pour se défendre et rechercher des solutions d'intégration et de vie sociale plus adaptées à leurs situations concrètes. En marge des institutions universitaires ou hospitalières se sont formés des regroupements de citoyens, professionnel et non professionnel, pour la promotion d'une autre modalité d'accueil à la folie et de pratiques d'intervention plus axées sur la relation psychique que sur l'objectivation des problèmes mentaux en maladie physique. Parallèlement aux transformations et mouvements de regroupements généralisés dans la

société post-industrielle, autour de toutes les questions d'intérêts individuels, les alternatives à l'hospitalisation et au traitement institutionnel se sont développées dans la recherche de stratégies souples, de structures sur mesure. Elles sont la réaction inventive et adaptative de la société civile au mouvement de passage d'une société aux structures institutionnelles monopolistiques à une société multi-optionnelle.

Toute cette dimension nouvelle de l'éveil civique aux problèmes de société que nous pose la folie est jusqu'ici tenue en échec par les administrations publiques et les institutions, qui peuvent bénéficier en cela de tout le soutien des syndicats, des corporations professionnelles, et des industries pharmaceutiques qui financent directement une certaine orientation des recherches et des idées dans le domaine de la santé mentale. Sur ce point nos gouvernements qui passent par un stade de séduction par les grands secteurs économiques de la vie sociale, vont se trouver en pleine contradiction. En effet le courant le plus actif dans la promotion d'une nouvelle psychiatrie sociale, est certes cette prise de conscience et cette implication de la société civile, à travers des organismes non gouvernementaux, ni syndicaux, ni corporatifs. Ce mouvement né de la contestation de la psychiatrie asilaire, à une époque de promotion des libertés individuelles et de désinvestissement des causes collectives, ce mouvement a été à l'origine de l'éclatement des politiques asilaires et des pratiques répressives. Il s'agit là d'un mouvement de civilisation, qui marque la fin d'une époque, et auquel, il faut malheureusement le reconnaître, les institutions, les corporations et les syndicats résistent. Un tel mouvement social est une vague de fond, il ne concerne pas d'abord, mais seulement secondairement la psychiatrie sociale. C'est un mouvement général qui touche à l'organisation sociale dans son ensemble et aux valeurs sur lesquelles se fondent ces organisations. Il ne s'agit pas d'un mouvement organisé lié à des luttes et des conflits de classes ou d'intérêts, quoiqu'en pensent plusieurs des antagonistes d'un tel mouvement. Ce mouvement est plutôt inséparable des transformations structurelles profondes qui président au passage d'une société industrielle moderne à une société post-moderne, hautement technologique en voie d'automatisation de plus en plus poussée. Les enjeux ne sont pas de ceux aux-

quels, les gouvernements, les institutions, les organisations professionnelles peuvent résister par des luttes d'intérêts. Ils seront tout simplement balayés par cette vague de fond, et en payeront de toute façon le coût. Aussi, là où les politiciens dont le courage semble devoir être directement proportionnel à la côte aux sondages, ne peuvent avoir que des actions à court terme, là où les organisations syndicales et professionnelles fidèles à leur mandat naturel de défense de leurs membres et de leur champ professionnel, ne sont guère pressés de mettre la hache dans leurs conditions de travail et leurs intérêts économiques, la société civile a des intérêts tout à fait divergents, et une urgence d'agir beaucoup plus spécifique. En effet, c'est avec les impôts et taxes de l'ensemble de la société civile, que les organisations politiques, institutionnelles, professionnelles et syndicales, gèrent leur déficit et nos insatisfactions de contribuables.

D'une façon générale, les citoyens ne sont pas organisés pour faire entendre leur droit et leur volonté dans ce genre de domaine. Les quelques organismes qui se risquent dans une telle entreprise ne peuvent compter que sur le dévouement de leurs membres et un financement privé. Il est évident que jusqu'ici les gouvernements n'ont pas trouvé leur intérêt dans le financement de telles entreprises. Il faudra donc que les regroupements de citoyens de tous genres qui oeuvrent dans le domaine de la santé publique, sans faire partie de ce que l'on appelle si bien le «réseau des affaires sociales», se donnent des moyens d'action. Certains l'ont compris. Mais de plus, pour une politique de santé mentale publique, et pour une refonte de notre psychiatrie sociale, l'État devrait commencer à donner leurs places à ces organismes privés, à ces regroupements de citoyens qui vivent la vague de fond de transformation sociale, et qui entendent avoir des services pour leur impôt. Si l'État doit être géré comme une affaire, le citoyen doit en avoir pour son impôt, comme le client avec l'épicier du coin.

L'exigence actuelle fondamentale de la société civile est que les handicaps de tous ordres dont peut être menacé n'importe quel électeur et payeur d'impôt, doivent faire l'objet de recherches, de services adéquats et accessibles, et de droits imprescriptibles, et cela de la même façon pour tous. Cette exigence doit être organisée pour en arriver à sa propre effectivité. C'est la responsabilité des regroupements

de citoyens. Mais l'État a le devoir de garantir à ces électeurs payeurs d'impôts et de taxes un cadre juridique adéquat à la surveillance et à la défense de leurs droits, de même d'ailleurs que les soutiens d'information et de formation propres à favoriser cette conscience et cette action dans le public en général.

Le public en général, et la société civile, ne partagent plus ces conceptions surannées sur la folie, qui la réfèrent à un handicap biologique désorganisateur du contrôle psychique et du comportement affectif et social. Loin de s'intéresser profondément aux causes de la folie l'homme d'aujourd'hui, très pragmatique quant au coût social des valeurs qu'il défend, s'inquiète davantage de savoir comment réintégrer la folie dans l'histoire sociale, comment en diminuer le coût humain et social. Nous sommes plus intéressés aujourd'hui à savoir comment vivre à partir d'une folie qui nous paraît de plus en plus inévitable, qu'à dépenser des millions à en chercher des causes conjecturales. En attendant que les spécialistes trouvent les causes qu'ils cherchent, il faut vivre. Et le coût humain et social de cette exigence de vivre est trop grand pour chacun, pour que cette exigence ne devienne prioritaire. Très concrètement, les dépenses de l'État devraient prioritairement porter sur cette nécessité de vivre, plutôt que d'aller à administrer et à soutenir des services à toutes fins utiles inopérants. Quand nous savons par exemple, que «plus de la moitié des personnes hospitalisées en psychiatrie, au Québec, ne requièrent pas ce type de services» (recensement du M.S.S.S. réalisé au printemps 1985) et que 40% des 12 000 employés à temps plein dans les hôpitaux psychiatriques ont des fonctions administratives ou de soutien, et que 44% ont des responsabilités de soins auprès du malade dont seulement 19% d'infirmier(e)s et auxiliaires et seulement 1% de psychologues et d'ergothérapeutes, on commence à mesurer que l'irrationalité du système repose fondamentalement sur une conception de la folie, comme maladie mentale, que certains groupes sociaux ont intérêt à maintenir.

De toute évidence le système de santé mentale que nous avons mis en place à l'époque de la modernité où l'abondance pouvait nous donner l'illusion de tout pouvoir (y compris guérir la folie, comme une maladie physique) et de tout nous payer, est un système lié à une certaine conception de la folie,

ramenée à une maladie physique. Nous n'arriverons pas à modifier tant soit peu le système sans toucher profondément à cette conception de la maladie mentale. C'est une aberration intellectuelle et administrative de penser ou de faire comme si il n'y avait aucun lien entre nos conceptions de la folie comme «maladie» dont les causes sont biologiques, et le très lourd système d'interventions cliniques que nous nous sommes payés inutilement dans les hôpitaux psychiatriques. C'est le rôle de la société civile et des organisations privées qui ne font pas partie du système, qu'au M.S.S.S. on appelle le «réseau» (réseau des affaires sociales), d'organiser la résistance civique, la contestation publique, et tous les moyens efficaces pour que cesse l'aberration. Mais c'est le rôle de l'État d'intervenir de façon adéquate pour transformer radicalement les choses. Toutefois l'ethnologie narcissique du politicien étant ce qu'elle est, la société civile n'aura que le système qu'elle a le courage de défendre et d'exiger, et non le système qu'elle est capable de payer.

L'État

L'État ayant la responsabilité dernière de la santé publique, nous nous attendons à ce que, par rapport aux deux autres instances, il joue un rôle d'arbitre et de gardien des droits. L'État doit certes garantir aux citoyens le respect de leur droit d'association pour la promotion et la défense de leurs conditions de santé mentale et de leur qualité de vie sociale. Il doit de la même façon assurer à tous et à chacun des électeurs payeurs d'impôts l'accessibilité à des services de qualité que chacun paie de fait. Et enfin l'État doit définir les politiques, les pratiques, les services et les contrôles nécessaires à un minimum de respect des droits.

Du point de vue des principes, on considère en général que la santé est un droit inaliénable. Notre point de vue ici sera plus pragmatique, sans pour autant renoncer au principe. Nous considérerons donc que nous avons les droits dont nous pouvons assumer les coûts sociaux et humains, et que dès lors nous serons prêts à défendre. Il s'agit là pour nous d'une règle d'action sociale et politique, puisque dans cette discussion nous avons opté pour tenir la position du citoyen informé et prêt à participer. Dans nos sociétés post-modernes nos conceptions de l'État ont profondément changé. Nous n'avons plus un respect religieux de l'homme politique. Sa

crédibilité n'est plus pour nous automatique. Au contraire, cette crédibilité est désormais ce que nous exigeons du politicien, mais aussi du fonctionnaire qu'il est grand temps de rendre responsable légalement. En même temps que l'État perd sa fonction de substitut aux insuffisances des classes économiques dominantes, il commence à nous apparaître comme un outil de pression à la fois contre les organisations économiques et contre les organisations administratives et politiques. Acculer l'État, mettre le politicien en posture défensive, deviennent de plus en plus des moyens d'action civile propres à un type de société post-moderne où le contrôle et la manipulation de l'information devient une arme politique et de changement social extrêmement redoutée. Face à ces changements dans la société civile l'État se doit de corriger non seulement ses stratégies et ses tactiques, mais plus profondément ses visées. Le souci du public en tant qu'il est la clientèle, prend ainsi une force objective, qui peut permettre à l'État de mieux résister aux pressions des groupes d'intérêts dans le domaine de la santé mentale, compagnies, syndicats, corporations professionnelles.

Nous nous attendons à ce que l'État prenne ses distances par rapport aux institutions, pour les remettre au service public, en en démantelant les monopoles et les privilèges. Les institutions publiques ont toutes les ressources humaines et l'argent nécessaires pour faire face aux transformations exigibles par la conjoncture historique du changement de société. Les associations de bénéficiaires ou d'anciens bénéficiaires, les organismes de défense des droits des psychiatisés, les rapports des fonctionnaires, les recensements de ministères, dénoncent un dysfonctionnement et une inadaptation des institutions aux besoins et à leur raison d'être sociale, dans le réseau des services de santé mentale. Dans le même temps les partenaires de ce réseau semblent reconnaître une impossibilité d'arriver à une politique intégrée à cause de la diversité des intérêts et des forces en luttés dans ce réseau. Nous nous attendons donc, à ce que les élus qui ont la gestion de nos impôts, au-delà des intérêts en cause à l'intérieur du système, en modifient les structures de façon à répondre aux attentes de la société civile, des besoins des individus et des problèmes propres aux régions et à l'ensemble de la population.

Une solution facile pour l'État, est d'opérer des replâtrages provisoires par des injections de fonds nouveaux, comme il vient d'être fait pour le problème des urgences. Les institutions publiques ont une capacité formidable pour dépenser leur budget, les défoncer, et en requérir de nouveaux. Il est à parier que dans trois ou quatre ans, l'État devra injecter quelques centaines de millions nouveaux dans les règlements «définitifs» du problème des urgences. Ce n'est pas ce genre de solution que requiert une politique de santé mentale. Les politiciens responsables de l'État et de la gestion de nos impôts doivent avoir le courage politique de s'attaquer aux structures elles-mêmes, en redistribuant les ressources humaines et financières. Les abus dans le système ne sont pas le fait d'individus malhonnêtes. C'est une absurdité intellectuelle de penser ou de donner à penser, que dans ce secteur la proportion de gens compétents et honnêtes serait différente qu'ailleurs. Il y a des abus parce que le système les implique dans sa modalité même de fonctionnement. Tout système implique de l'imprévisible, de l'incontrôlable, de l'insaisissable, c'est la marge nécessaire à la vie du système par la créativité et le dynamisme des acteurs. Mais lorsque les structures qui soutiennent un système organisationnel ne sont plus cohérentes avec les conjonctures historiques et sociales, le système se lézarde de l'intérieur, les marges se disséminent et ne sont plus tellement repérables et l'incontrôlable envahit le quotidien. Dans de tels cas le retour du courage comme nécessité éthique, est la seule voie qui reste pour les responsables, à commencer par les élus.

Nous attendons actuellement ce courage de nos élus. Ils ont l'avantage d'un début de mandat. Nous savons bien que plus ils attendront, quelque soient les prétextes qu'ils mettront en avant, plus les élections approcheront, plus difficiles seront les décisions politiques, mais aussi plus pressantes se feront les revendications sociales et légales des groupes et des individus.

LES INSTITUTIONS PUBLIQUES

Les institutions publiques par les services qu'elles dispensent à même les impôts des contribuables, représentent le lien organique entre l'État et l'ensemble de la société civile. Elles sont donc par leurs structures et leur fonctionnement le lieu de res-

sac de grands mouvements et transformations sociales affectant la vie et la coexistence des citoyens. Elles vont nécessairement livrer les symptômes des crises sociales. Ce n'est certes pas ce que laisse entendre habituellement le discours assuré de la fonction publique. Mais sur ce point la société civile est plus critique, et partout elle s'organise.

La réforme nécessaire des structures des institutions semble se penser autour de l'idée de désinstitutionnalisation. On peut donner de multiples sens à ce concept. Nous ne pensons pas que l'important soit de définir les limites, la portée, les coûts a priori d'un tel phénomène. Plus important nous semble de situer l'objectif par rapport aux institutions, à la société civile et à la santé mentale. Le mouvement général de la société, qui précise et peut s'étudier dans les grandes organisations de production et de services au public, doit être un repère sinon une norme. Nous sommes en train de passer d'une société de production à une société de services, donc les modèles et les points de comparaison ne manquent pas aux gestionnaires de l'État pour entreprendre les études et les actions nécessaires dans ce secteur comme dans d'autres, même s'il y a des aspects spécifiques au domaine de la santé mentale qu'on ne saurait négliger.

Leurs rapports à la communauté

Leurs structures lourdes et hautement hiérarchisées, reposent sur des partages de pouvoir interne, qui n'ont pas grand-chose à voir avec leur rentabilité sociale, les services effectifs à la clientèle. Les structures des administrations publiques dans les centres hospitaliers, mais aussi ailleurs dans le secteur public, ont un fonctionnement autonome par rapport au service à la clientèle. On peut parfaitement envisager qu'une part importante de telles structures pourrait continuer à fonctionner sans un patient dans les lits. Tout semble se passer pour le client en attente dans une salle d'urgence, ou dans un lit, ou dans la salle d'attente d'un bureau de médecin, comme si la machine administrative qui entoure l'acte de soin, avait un fonctionnement absolument étranger à ce qui arrive au «bénéficiaire» de ce service. À la limite, face à de fréquentes réactions d'administrateurs, de syndiqués et de professionnels, comme récemment au Colloque sur les ressources alternatives (17-18 mars 1986), on a le sentiment que l'institution est leur propriété, de

même que le budget de l'institution. Tout se passe comme si l'institution était une entité en soi, ayant sa fin propre indépendamment de sa raison d'être sociale. Il apparaîtrait dans certains cas, que sa raison sociale pourrait se réduire à la satisfaction des intérêts des intervenants de tout niveau, surtout dans les périodes des grands conflits rituels des négociations collectives. C'est peut-être dans ces moments de crise artificielle qu'apparaît le sens profond des institutions publiques pour ceux qui y oeuvrent. Dans le domaine de la santé, depuis quelques années les réactions des bénéficiaires sonnent de plus en plus l'alarme.

La désinstitutionnalisation puisque c'est le concept retenu actuellement, doit viser non un simple démantèlement des institutions, encore moins leur «modernisation» comme cela semble devoir être la direction favorisée par les groupes en place et les administrateurs des institutions. Il s'agit de repenser plutôt le rapport des institutions publiques et parapubliques à la société civile et à la clientèle des groupes cibles dans le domaine de la santé mentale. Repenser les rapports à la communauté, cela doit se faire en modifiant les structures mêmes des institutions. Dans les services publics, comme partout dans les «industries de services», c'est en fait à travers les structures de l'institution que s'exprime le rapport à la clientèle. Donc la désinstitutionnalisation doit d'abord être une transformation des structures. Cette transformation des structures devrait marquer très nettement, le fait que l'institution à tous les niveaux est axée sur le service à la clientèle, et non se présenter comme un ensemble autonome dans son fonctionnement interne, indépendamment des services. Cela suppose une diminution des coûts indirectement liés aux services proprement dits, et une redistribution de ces coûts dans des services de maintien et de soins au sein de la communauté.

Cette désinstitutionnalisation axée sur le maintien des patients dans la communauté, implique donc que l'accès aux centres hospitaliers doit être fermé non seulement aux patients en première ligne, mais encore à tout nouveau patient en santé mentale. Les services hospitaliers devraient être réservés strictement pour des besoins et services médicaux nécessitant effectivement une structure hospitalière, compte tenu des dangers pour la santé physique et pour la sécurité des patients ou de l'entourage. Les

situations de crise doivent être traitées dans la communauté, soit dans le milieu naturel, soit dans des centres de soins globaux au sein de la communauté. Les centres hospitaliers psychiatriques, comme les départements de psychiatrie, doivent viser le maintien et le retour des usagers dans la communauté. Il faut donc supprimer dans leurs structures mêmes de financement toute possibilité de garder les usagers au-delà des besoins médicaux normaux des patients. Donc les structures d'accueil et de «convalescence» dans ces centres et départements devront impliquer la famille et le milieu naturel de l'usager dans les soins de telle façon que l'hospitalisation y apparaisse comme une nécessité certes, mais d'une utilité provisoire.

Une telle politique ne sera possible que si les centres de soins globaux dans la communauté ne dépendent pas financièrement des hôpitaux. En effet si elles en dépendent, on ne fait qu'alimenter la tendance naturelle des institutions publiques (pas seulement les hôpitaux, mais aussi bien les Cégep, les Commissions scolaires, etc...) à grossir et à devenir des structures lourdes avec un fonctionnement autosuffisant mais nullement axées sur les services à la communauté. Il faut donc instaurer dans la communauté des centres de soins globaux, indépendante des institutions pour les clientèles cibles, de façon à réaliser une véritable désinstitutionnalisation.

Une telle politique doit tenir compte des disparités régionales. C'est l'occasion enfin pour l'État, dans une politique de santé mentale de donner aux citoyens payeurs de taxes dans les différentes régions, les services auxquels ils ont droit, au même titre que les citoyens des grands centres. Il n'y a pas de solutions miracles en santé mentale. Il n'y a pas non plus de solutions ni de modèles universalisables. Chaque région a ses problèmes, ses besoins, ses ressources humaines et communautaires, sa dynamique propre, et des possibilités qui la spécifient. C'est dans cette détermination du profil d'une région que les C.R.S.S.S. ont un rôle déterminant, à travers la promotion de structures institutionnelles correspondant aux réalités régionales. Les structures des centres hospitaliers, tout comme celles de centres de soins globaux doivent refléter ces disparités, ces richesses, ces ressources communautaires, ces problèmes et les besoins qui en découlent. L'État doit promouvoir des structures de

services qui exploitent ces possibilités pour répondre aux problèmes des régions.

La recherche et la formation continue

Les institutions publiques doivent avoir un lien organique clair avec les milieux de la recherche soit universitaires, soit privés. Ce devrait être une des articulations les plus efficaces de l'institution avec la société civile. Cela doit se penser et se structurer dans le but d'imprimer à la recherche des préoccupations centrées sur les problèmes des régions, les besoins des institutions aux prises avec des populations cibles à desservir. Cette articulation de la recherche à l'institution doit se signifier dans une structure de financement liée au contrôle et à l'évaluation des résultats. Là plus qu'ailleurs le souci de l'efficacité et de la qualité des services doit passer par l'évaluation des résultats et de l'utilité effective. On ne peut à la fois payer comme employés des chercheurs dans les institutions et continuer à payer des universitaires pour les recherches dans les mêmes institutions. Il importe soit de supprimer les postes de recherche dans les institutions, ce qui serait une aberration, soit de supprimer le financement dans les institutions de recherches effectuées par les universités.

Une réorganisation de la recherche nécessaire au sein même des institutions est donc à promouvoir. Le regroupement des ressources humaines et physiques pour la recherche à l'intérieur des institutions devient une nécessité. Plusieurs institutions gagnent à être jumelées pour des recherches nécessaires. La mise en commun dans une région de telles ressources gagnera en efficacité, en pertinence des recherches, en économie, et en amélioration de la qualité des services, sans injection de fonds nouveaux. Contrairement à la recherche universitaire qui doit rester plus proche des préoccupations fondamentales, la recherche dans les institutions doit être un stimulant essentiel pour les applications des connaissances, l'évaluation des pratiques, l'étude des profils de plan de soins, de leur efficacité, de leur amélioration. Les études de profils de groupes cibles, de leurs provenances socio-culturelle et historique, de leur mobilité, de la dynamique de leur crise, de celle de leur environnement, des modalités et des degrés de leur prise en charge, en même temps que les courbes de modification des conjonctures de crise,

avant, pendant et à la fin de leur prise en charge, etc. sont autant de dimensions de recherches nécessaires à l'intérieur des institutions.

S'il faut des équipes de recherches légères et très efficaces à l'intérieur des institutions, il faut dans le même temps que tous les intervenants puissent être à un degré ou au autre, à un moment ou un autre, impliqués par la recherche interne. Il s'agit là d'une dimension essentielle de la formation continue des intervenants, qu'ils soient mis souvent, et d'une manière scientifique, face aux conséquences et implications de leurs interventions. La qualité des services et l'amélioration des plans de soins en dépend. Une telle expérience menée de façon systématique au «388» par le G.I.F.R.I.C., à Québec montre l'efficacité d'une telle méthode, dans la formation des intervenants, dans l'amélioration de leur capacité d'intervention avec des cas de plus en plus difficiles, et surtout la possibilité pour eux d'un recul, et d'une réflexion critique, hebdomadaire et collective sur leur mode d'intervention. Dans un tel cadre la sécurité d'emploi suit la courbe même de la compétence. Dans une structure légère, l'employeur n'est plus intéressé à perdre des employés qu'il aura formés et dont il apprécie la compétence.

Enfin, cette recherche doit être axée aussi sur la formation et l'évaluation des intervenants. L'absence d'une dynamique de recherche à l'intérieur des institutions dans le milieu même du travail et de l'intervention, porte les intervenants à courir les sessions de formation de toutes sortes. Les mini-spécialisations, les modes nouvelles, les nouveaux courants idéologiques prennent le pas sur les pratiques effectives, et la formation recherchée ou enviée sert souvent d'abord aux besoins subjectifs des intervenants plutôt qu'à l'amélioration de leur compétence véritable, et des services à la clientèle. Plus les intervenants seront en contact direct sur les lieux du travail avec une recherche qui profite immédiatement à la qualité de leur intervention, mieux ils orienteront leur choix de perfectionnement à l'extérieur de l'institution dans les universités ou dans les organismes privés de recherche.

Les processus d'évaluation des pratiques

Nous avons noté comme une dimension nécessaire de la recherche en institution, l'évaluation des

pratiques. Elle est en effet plus importante que celle des intervenants, dans la mesure où les services à la clientèle doivent être le premier souci des institutions. Un aspect déterminant des pratiques à l'intérieur des institutions, avec la qualité des soins et services, doit viser au maintien des relations avec le milieu naturel pour réduire certains effets de chronicisation liés à l'institutionnalisation des pratiques. Aussi l'institution doit se doter de moyens efficaces d'évaluer ses pratiques, de les modifier au besoin, de les adapter au cas clinique. La standardisation des pratiques dans l'institution, empêche toute véritable individualisation des services. Une évaluation continue des pratiques, par le codage et l'informatisation des plans de soins et de leur réalisation, permet d'étudier progressivement leur efficacité.

Là aussi une expérience en cours de réalisation révèle que des structures légères, intégrées dans la communauté et à dimension humaine permettent une évaluation continue des pratiques, leur adaptation au cas clinique. Dans un tel cadre les modifications en fonction des besoins n'entraînent pas les bouleversements administratifs qui, dans les grands centres, font redouter de telles pratiques pourtant si normales. Cette nécessité de l'évaluation continue des pratiques, qui est une des bases essentielles du succès et de l'efficacité dans une gestion privée, s'avère irréalisable dans les institutions publiques de santé à cause de la lourdeur naturelle des structures et méthodes de gestion. Une telle conjoncture donne à souhaiter une fois de plus qu'une politique de santé mentale vise à la mise en place progressive de structures plus légères et plus flexibles, offrant les qualités de mobilité nécessaire dans ce domaine où l'évolution des conjonctures est tellement dépendante de la mobilité socio-culturelle et économique de la société en général et des régions en particulier. C'est la progression des coûts en santé, et nos capacités d'appréhension même des conjonctures et des situations de crise, comme la possibilité d'identification juste des groupes cibles au moment où une action est encore possible, qui se trouvent en jeu dans la rapidité avec laquelle le courage politique mettra en place de telles structures. Plus nous tardons, plus les situations et les conjonctures deviennent incontrôlables en termes de coûts social, humain et financier.

LES ORGANISATIONS PRIVÉES

En dehors de payer à travers l'impôt l'ensemble des services de santé mentale dispensés par l'État, les citoyens participent à la politique de santé en s'organisant en associations professionnelles ou non. Ces regroupements visent certes la défense et la promotion des intérêts des individus et des groupes. Mais par les moyens qu'ils peuvent se procurer, ils sont un auxiliaire précieux pour toute politique de santé mentale, à la fois au niveau de la transformation des attitudes, de la lutte contre les préjugés sociaux, et dans toute l'action collective nécessaire à la réinsertion de la folie dans la vie sociale. Aussi le rôle et les responsabilités du secteur privé dans une politique de santé mentale sont désormais à favoriser, à requérir, à définir et à encadrer. Nous ne pouvons pas tenir à la fois l'argument que l'État ne peut plus répondre à toutes les demandes et tous les besoins, et maintenir en même temps une politique de l'exclusivité dans les interventions et les responsabilités dans le domaine de la santé, et plus spécialement de la santé mentale.

Nous entendons ici par le secteur privé, l'ensemble des organisations et regroupements de citoyens non gouvernementaux, ni liés aux grandes organisations syndicales. Donc très spécifiquement, ce sont les regroupements pour la défense des droits des malades mentaux, les comités de citoyens, les organisations de type coopératif, les alternatives en santé mentale, les familles d'accueil, les associations ou regroupements de bénéficiaires et d'usagers des centres ou institutions psychiatriques, les groupes de soutien, d'entraide ou de loisirs pour les handicapés mentaux, les organismes à but lucratif ou sans but lucratif, etc., qui oeuvrent dans le domaine de la santé mentale, en dehors des cadres institutionnels. Une part de plus en plus large du travail dans le domaine de la santé mentale dans la communauté, peut-être bientôt la plus grande part, en tout cas une responsabilité très grande en ce qui concerne la santé mentale dans la communauté est assumée par ces organisations de citoyens. Pourtant toute la politique de santé mentale, en ce qui a trait à son financement et à ses problématiques de soins, est pensée par l'État, sans tenir grand compte de cette dimension essentielle de la participation des regroupements de citoyens dans la société civile. Or dans le même temps, encore une fois, les

changements profonds de société que nous vivons axent de plus en plus la responsabilité de la dynamique dans la défense et la promotion de leurs conditions de santé publique et individuelle. Une politique de santé mentale croyable ne peut continuer à tenir compte de cette dimension nouvelle des problèmes.

Bien sûr l'État, en donnant une situation privilégiée à certains regroupements de citoyens comme les syndicats, et plus particulièrement les organisations médicales, semblent tenir compte de l'importance du secteur privé et du rôle de la société civile. Les médecins ont dans l'institution un statut de fait sinon légal, d'entrepreneurs privés, et cela n'est pas sans créer des confusions et des malentendus, puisque dans le même temps la tendance dans l'administration publique est de s'opposer à tout ce qui ressemble à une «pénétration» du réseau par le secteur privé, alimentant dans le public la «peur» de la privatisation de certains secteurs dans le domaine de la santé. L'exploitation de cette peur légitime dans la population empêche toute étude et toute réflexion rigoureuse sur le rôle de la société civile et bloquera pour une grande part la politique de la santé mentale sur l'impasse où elle stagne malgré les acquis formidables des 20 dernières années. La glorification des acquis est même en passe de devenir l'un des outils les plus efficaces dans l'aveuglement quant aux nécessités qui sont celles d'un changement profond de société. Les administrations et les corporations professionnelles, s'enfermant dans la glorification de ce qui est déjà un passé, et dans la peur de perdre les acquis (pour eux) d'un tel passé, risquent de maintenir le politicien dans le champ de vision qui lui est le plus naturel, la panique électorale alimentée par les médias. Les hauts fonctionnaires, comme les grands administrateurs savent très bien que la limite est atteinte, mais ils restent coincés entre les forces de résistance des systèmes institutionnels et l'instabilité et la sensibilité des politiciens aux vents des médias. Aussi le rôle du privé et de la société civile dans la mise sur pied et l'application d'une politique de santé mentale devient d'une importance brûlante.

Rôle et fonction du privé dans le domaine de la santé mentale

Une politique de santé publique doit donc repenser en profondeur et non pas seulement d'un point

de vue économique et administratif, le rôle et les responsabilités de la société civile dans la promotion de la santé mentale de la population. En même temps que les droits des individus et des travailleurs sont de plus en plus reconnus et spécifiés dans ce domaine, il devient urgent de définir les responsabilités et le rôle du secteur privé dans l'établissement d'une politique de santé mentale. Mais ceci ne doit pas se faire de manière unilatérale, de sorte que pour les organismes privés il apparaisse qu'ils ont simplement des devoirs, sans aucun droit en contrepartie, ni modalités de participation. Ce serait à la fois une erreur stratégique en ce qui concerne ceux qui devront bénéficier d'une telle politique, en même temps qu'une inconséquence sociale et politique. La seule façon d'obtenir une participation active du secteur privé dans la promotion de la santé mentale, est de mobiliser ses possibilités et ressources dans ce domaine en lui définissant un champ d'action spécifique avec des responsabilités, des droits, des objectifs, et un encadrement légal plus incitatif que coercitif. Une telle attitude de la part de l'État ne manquera pas certes de susciter la résistance de certains secteurs de la fonction publique et parapublique, de même que de la part des syndicats. C'est normal. Aussitôt que l'on parle de rôle du privé et de la société civile dans le domaine réservé à la fonction publique, aux syndicats et aux organisations professionnelles, on voit les dialogues se raidir et apparaît le spectre de l'exploitation des malades par des intérêts privés. Nous n'avons jamais pu jusqu'ici depuis six ans observer une discussion saine et rationnelle sur ce sujet, sans que les affectivités se hérissent et prennent le pas sur l'argumentation. Dans le même temps, à l'origine de ces discussions, il y a toujours la plainte contre les excès des «autres», fonctionnaires, administrateurs, professionnels, ou syndicats, comme source de l'impasse financière où se trouve coincée toute politique de santé mentale. Les intérêts et les lobby corporatifs, politiques ou syndicaux, sont toujours mis de l'avant comme obstacles majeurs et indépassables, quand ce n'est pas le mur de barrage organisé par les structures administratives au niveau des C.R.S.S.S et de l'A.H.P.Q. Dans ce concert de malentendus où chacun se renvoie la balle et les responsabilités de l'échec, nous attendons vainement que nos élus aient le courage de leurs convictions, de leur politique et du service

public pour lesquels nous les avons élus, et pour lesquels nous leur payons des taxes. Dans ce cadre, il faut reconnaître que les organisations et institutions publiques et parapubliques, les syndicats et les corporations professionnelles (qui sont certes des organisations privées mais dotées de «privileges légaux») sont plus assurés que les simples citoyens et les organisations de citoyens, de voir leur position prédominer, sous le prétexte de leur expertise.

Il est assez peu intéressant et guère constructif, dans la situation où nous nous trouvons de continuer à nourrir le chassé-croisé d'accusations ou la recherche des responsables dans l'impasse de nos politiques en santé mentale. Il faut définitivement changer d'attitudes et de mode de penser. Ce qui arrive comme difficultés et comme excès dans le domaine de la santé n'est pas plus scandaleux que ce qui arrive dans les autres secteurs de la société. On y retrouve comme ailleurs, la même proportion d'individus honnêtes, la même proportion de professionnels compétents et au-dessus de tout soupçon, la même proportion d'administrateurs intègres et parfois géniaux pour exploiter un budget, mais aussi on y retrouve la même proportion de professionnels malhonnêtes, de syndicalistes retors, de travailleurs paresseux, d'administrateurs à la petite semaine et à la petite tête. Rien de plus ni de moins qu'ailleurs certainement. Donc ce n'est pas à ce niveau d'une guerre d'imputation et d'accusations que se trouve le fond des problèmes qui nous préoccupent. Nous n'obtiendrons pas plus des personnes, qu'il n'est permis d'en espérer statistiquement. Encore une fois, nous avons un problème de civilisation, un problème historique de changement profond dans nos mentalités et les structures de nos sociétés, qui déplacent vers la société civile et les organisations de citoyens le poids de responsabilités qui auparavant, dans une période de prospérité et de construction sociale, étaient assumées par l'État et les institutions publiques. En tardant à entreprendre les changements structuraux exigés par la conjoncture historique, on ne fait qu'augmenter les failles dans un système qui vieillit, et multiplier les fuites pour des excès incontrôlables à moyen terme. Le virage social et politique exigé par de tels changements sociaux, concerne les structures elles-mêmes plutôt que les personnes, et ne peut être la seule responsabilité de l'État et des institutions. Ce sont des problèmes qui dépassent les bonnes volon-

tés de gestionnaires, et exigent un courage politique qui ne va pas sans la participation et un consensus dans l'ensemble de la société civile. En effet, au bout du compte, il en est de nos politiques comme de nos droits, nous ne pouvons avoir que celles que nous pouvons nous payer et que nous sommes prêts à défendre.

Les organismes non gouvernementaux, ni syndicaux, ni professionnels, ont donc un rôle important à jouer, puisque l'État et les institutions publiques, comme les syndicats et les corporations professionnelles font de plus en plus appel au public, pour la défense de leurs intérêts ou de leur point de vue. Il est temps de reconnaître non simplement dans un statut de bénévole (qui est un statut d'exploitation économique des générosités individuelles, et qui est une mentalité conforme à un type périmé de société), mais bien dans un statut légal clair, avec droits, objectifs et limites, le rôle et la fonction d'organismes privés à but non lucratif ou à but lucratif dans la promotion de la santé mentale. L'expérience montre que ces organismes n'ont aucun intérêt à long terme à entrer dans une problématique de bénévolat à la manière dont ce concept est tenu dans les services publics. Une chose est la volonté de participer à un défi social historique, une toute autre chose, les implications narcissiques et subjectives d'une action sociale reposant sur ce que l'on appelle encore le bénévolat. Les organismes bénévoles sont et restent des alibis administratifs et politiques. Le champ de travail qui s'offre pour de tels organismes est immense.

La promotion des regroupements et des pratiques communautaires

Les organisations privées doivent pouvoir apporter beaucoup à la promotion d'une dynamique de santé mentale dans la communauté, dans les domaines très spécifiques de l'information et de la défense de la qualité de vie. Leur présence est nécessaire dans les ressources de première et de deuxième lignes auprès des groupes cibles, subissant le plus fortement le poids des transformations sociales conjoncturelles sans les ressources humaines et économiques suffisantes pour les affronter seules avec succès. Et de telles ressources communautaires sont à promouvoir là où elles n'existent pas, avec ou sans le soutien des C.L.S.C. C'est à travers de telles organisations qu'une communauté se prend en

charge et assume la dynamique de sa santé. Les priorités doivent aller dans ce sens aux jeunes, aux vieillards, aux handicapés, aux femmes, aux populations de toxicomanes, de jeunes suicidaires, de jeunes présentant de sérieux problèmes d'intégration et de participation sociale, aux populations présentant les premiers signes de psychose et de dysfonctionnement social grave. Auprès de ces groupes cibles, il faut encourager et encadrer l'action des organismes qui se les donnent comme objectif d'action sociale. Il faut encourager l'identification de tels organismes, leur statut légal, leurs conditions de survie économique, encadrer légalement leur activité dans la communauté pour mieux coordonner la recherche et l'intervention pour la santé publique. Certaines conditions déterminant les problèmes de santé mentale dans la communauté n'ont absolument pas retenu l'attention des chercheurs, intervenants et décideurs, mais inquiètent certaines couches de population, comme l'apparent surgissement des familles mortifères et abusives, la disparition ou l'estompage de la paternité tant au point de vue des pratiques institutionnelles qu'au point de vue symbolique, l'accroissement du suicide chez les jeunes, bref, bien d'autres problèmes de nature conjoncturelle, liés apparemment à une crise de société. Avertis en plus des dimensions économiques de la crise, nous serions en quelque sorte aveuglés par ses effets sociaux les plus visibles, au risque de ne pas toujours en soupçonner les implications structurelles pour nos institutions de base.

LA RECHERCHE, FORMATION ET L'INFORMATION

Ces organismes doivent promouvoir de leur côté la recherche privée axée sur leurs préoccupations, leur action et leurs interventions effectives dans la communauté. La recherche subventionnée par l'État dans le domaine de la santé est contrôlée strictement par les universitaires et ne concerne que leurs projets et préoccupations. Elles n'est nullement axée sur les priorités et les problèmes de la communauté. Le Fonds F.C.A.R. et le Conseil de recherches en sciences humaines consacrent plus d'un million et demi à la recherche universitaire. Dans les institutions publiques, les services sociaux, les centres hospitaliers, il y a des chercheurs, peu nombreux certes, isolés les uns des autres, sans aucun lien organique. Aussi les subventions ne leur reviennent

pas. Les universitaires disposent de tout le système mis en place dans les universités pour les soutenir dans la recherche des subventions. Leurs préoccupations ne sont pas celles des intervenants aux prises avec les problèmes concrets. Le type de recherche qu'ils font ne rejoint pas vraiment les problèmes et préoccupations des intervenants, plus soucieux qu'ils sont de méthodologie, de «scientificité», de coordonner leurs problématiques à des recherches ou des résultats américains ou européens. Les solutions à des problèmes sociaux, psychosociaux et psychiques ne sont pas importables, sinon il faut cesser de parler de spécificité d'une nation ou d'un peuple.

Donc la recherche privée doit se développer dans les organismes privés et être soutenue pour sa qualité et son efficacité dans l'intervention. Elle doit être axée sur les problèmes, les conjonctures régionales et/ou nationales. Elle doit être reconnue et avoir droit aux subventions et pour sa mise en place et pour la diffusion de ses résultats. Ces droits pour être effectifs supposent des modifications de structure dans les organismes gestionnaires où l'on devrait retrouver non seulement des universitaires, mais des chercheurs venant des institutions publiques et d'autres venant des regroupements privés de chercheurs. On peut arguer du petit nombre de regroupements privés de chercheurs. Mais ces regroupements qui deviennent une nécessité conjoncturelle, dépendent pour leur existence même des conditions de survie effective, donc de leurs possibilités réelles d'accès aux fonds de recherche. Sinon, on ne fait que mettre en place des stratégies subtiles de suppression des groupes. Il en est des groupes de recherches sur la santé mentale comme des alternatives et des ressources communautaires issues de la libre initiative des citoyens, ils ne vivent que le temps qu'ils peuvent s'autofinancer, quand les politiques administratives de l'État et des institutions les considèrent comme des groupes de bénévoles, qui suppléent à peu de frais à un manque d'interventions de l'État ou des services publics.

La recherche universitaire, compte tenu des moyens dont disposent les universités, doit être davantage axée sur les services de deuxième et de troisième ligne, de même que sur les services de spécialisation. Elle doit soutenir la formation académique de base des intervenants et leur spécialisation. Des chercheurs privés, et les organismes qui

oeuvrent directement dans la communauté devraient apporter davantage à l'information et à la formation continue des intervenants, à l'intervention et son évaluation continue, au développement de techniques et de problématiques d'intervention et de prise en charge dans les situations de crises.

Enfin les organisations privées et les chercheurs doivent entraîner par leur présence même dans le réseau et par leur initiative une nécessaire diversification des pratiques et des services. Dans ce domaine complexe de la santé mentale, il devient de plus en plus anachronique et caricatural de songer à uniformiser les pratiques d'intervention. De même que le modèle médical, pour nécessaire qu'il soit dans certaines situations ne se généralise qu'aux dépens des intérêts de ceux qui ont des problèmes psychiques dont l'origine est loin d'être biologique, de même à vouloir tout réduire au social ou au psychologique on n'avance guère mieux. Il est rare qu'un même service puisse offrir toutes les solutions et les stratégies nécessaires ou même utiles à une prise en charge dynamique de leur santé mentale par les intéressés. C'est en tentant d'y parvenir que l'on s'est construit de véritables systèmes institutionnels qui tendent à devenir des buts en soi, plutôt que des services à la population. Il y a une nécessaire diversité des services que l'on doit attendre d'une plus grande participation des organismes issus de la libre association, et de la dynamique nouvelle de la société civile, qui tend davantage à la prise en charge par des réseaux et des groupes d'intérêts qu'à la suppléance étatique et/ou institutionnelle.

La fonction de la concurrence: une alternative

Dans le domaine de la santé mentale le secteur privé doit être une alternative aux institutions traditionnelles. Le mouvement des alternatives, témoignant d'une volonté dans la société civile de prendre en charge la dynamique de la santé mentale, date maintenant. C'est un mouvement qui à son départ s'inscrit dans une lutte contre une certaine psychiatrie sociale d'enfermement et d'agression contre la folie ordinaire. Ce mouvement s'inscrivait aussi dans des transformations sociales plus larges de reconnaissance des handicaps sociaux contre une sociologie politique de la déviance sociale. Cela correspondait à une époque de croissance économique

et de richesse sociale, où tout était possible et où la participation de l'État à la croissance nationale était de suppléance partout où les enjeux économiques de la société civile laissaient pour compte des secteurs de la vie et de la «déviance» sociales.

Aujourd'hui, les choses ont changé profondément. Dans tous les domaines de la vie sociale, économique et culturelle, l'État demande à la société civile de modifier les enjeux de la suppléance. La santé publique à tous les niveaux, parce qu'elle n'est pas un acquis, mais une dynamique globale et complexe, requiert les responsabilités et la participation de tous les intervenants de la vie sociale. Le mode même de la participation de la société civile ne peut être envisagé dans une problématique d'opposition ou de lutte. Le concept même d'alternative dans ce cadre doit être pensé autrement. L'alternative aux institutions traditionnelles implique dans ce cadre un mode de complémentarité devenu nécessaire. La santé publique, surtout dans ce domaine de la santé mentale, exige aujourd'hui, des modes particuliers d'action et de participation du public, qui soient tels que l'hospitalisation par exemple devienne exceptionnelle en première ligne, et que l'idée même d'institutionnalisation d'une situation devienne inadmissible socialement et politiquement. Les organismes privés à promouvoir comme alternatives, soit au niveau de la recherche, soit au niveau de la formation continue des intervenants, soit au niveau de l'information du public et des services aux populations cibles, ne peuvent plus être pensés en termes d'opposition, ou de lutte, même concurrentielles par rapport aux institutions et aux structures en place. Une politique de santé doit penser en terme d'intégration globale de ressources variées et suffisamment diversifiées et accessibles pour répondre à des besoins régionaux et nationaux spécifiques et prioritaires.

Dans cette optique, le mouvement qui s'amorce actuellement et qui tend à une récupération du mouvement des alternatives par les institutions, que ce soit à travers les structures dites intermédiaires, ou autrement, peut être un mouvement bénéfique pour les institutions elles-mêmes, qui en tirent une amélioration de leurs rapports à la clientèle, en même temps que bien d'autres avantages cliniques, qui seraient à analyser. Mais un tel mouvement s'accompagne de lourdeurs administratives cohérentes avec les structures mêmes des institutions, et qui

à moyen terme, est nocif pour le mouvement même des alternatives. De plus, cette stratégie est nuisible à toute politique rationnelle de santé mentale aujourd'hui, s'il doit en résulter de nouvelles structures institutionnelles qui à moyen terme deviendront aussi lourdes et plus coûteuses que les anciennes, en même temps que disparaîtront les structures plus légères que représentaient les alternatives. De tels problèmes ne relèvent pas de la bonne gestion de quelques administrateurs mêmes géniaux, ils sont structurels. Il y a des structures institutionnelles qui ont une tendance naturelle au grossissement. Les services publics sont de cet ordre. Tout rapprochement structurel des alternatives issues de la population et de l'initiative des citoyens, avec les institutions publiques et parapubliques, auront une tendance incontrôlable au grossissement.

Aussi ces organismes issus de la population et dont la dynamique propre est spécifiquement liée à leur structure de coopération entre citoyens, ne doivent pas être assimilés par les institutions. Ce serait les perdre. Il y a là une alternative riche au niveau de la gestion, des coûts, des pratiques, de la qualité des services, et surtout de l'accessibilité de ces services, que des stratégies mixtes, risquent d'engloutir dans des structures plus fortes, plus lourdes, et finalement ce serait une perte irréparable, du point de vue d'une politique de santé mentale. La préservation de telles initiatives des citoyens dans la dynamique de santé mentale communautaire, aboutit nécessairement à une situation de saine concurrence. Une telle situation peut ne pas toujours être favorable aux institutions, ou aux intérêts des syndicats ou des groupes ou corporations de professionnels auxquels la politique en vigueur actuellement donne une situation d'exclusivité de fait, et donc de privilège dans les structures actuelles. Mais une politique de santé mentale n'est pas fait d'abord, nous l'espérons, pour conserver des situations de faits que chacun réprouve dans les conversations privées.

DIMINUTION DES COÛTS

Il est courant d'entendre invoquer et de lire dans les documents officiels du ministère, les coûts d'une politique de santé mentale plus axée sur les soins dans la communauté que sur les structures institutionnelles. Mais tous ceux qui comme nous ont une

expérience dans ce domaine, continuent à s'étonner à la fois des études, de leur méthodologie et de leurs arguments. Les limites de cette discussion ne nous permettent pas d'approfondir cette question. Nous nous contenterons ici d'argumenter le maintien des différences de structures. L'approche économique et administrative d'organismes non gouvernementaux, est fondamentalement différente. La gestion des services est complètement différente, de même que les rapports à la clientèle. Sur ce point nous nous référerons aux faits, plutôt qu'aux arguments théoriques ou scientifiques les mieux établis. On se plaît à répéter que le «388» par exemple coûte très cher. Nous n'entrerons pas dans le détail des comparaisons, ce que nous publierons ailleurs. Il est intéressant de savoir que ce Centre donne des soins globaux et un suivi individuel à une moyenne de cinquante-cinq patients actifs pour l'année 85-86. Avec trois psychiatres, deux psychanalystes, un ensemble de 26 employés, ce Centre est ouvert 365 jours, jour, soir et nuit et n'hospitalise ses patients qu'en cas de danger physique ou pour des soins qui nécessitent une hospitalisation. Au moins un psychiatre est toujours accessible, y compris la nuit. Le patient en crise est suivi au Centre (où il y a 7 lits), ou dans son milieu quand il peut assumer lui-même le contrôle de sa crise.

Le budget total du Centre pour 85-86 est de \$640 000. Ce budget inclut tout, aussi bien le montant payé à une société privée qui possède, gère et entretient la bâtisse, une très belle maison au coeur de la ville, que le montant alloué à une société à but non lucratif, le G.I.F.R.I.C., pour gérer le Centre et le personnel, engager et former le personnel, encadrer les activités du Centre dans la communauté. Pour cela le G.I.F.R.I.C. est payé \$20 000. Compte tenu du nombre des employés, 27, et du nombre de patients actifs, une moyenne de 55 à 60, on peut évaluer la diminution du coût journalier par patient, et du pourcentage très concurrentiel des coûts indirects, de même que la diminution du ratio patients / employés, et du ratio cadre / employé (1 temps et demi de cadre, soit un temps complet, et deux temps partiels temps et demi).

Il est évident qu'une telle organisation et rationalisation n'ont pu se mettre en place que grâce à la participation d'un groupe privé, disposant déjà d'une certaine expérience et d'un certain nombre de moyens, de ressources physiques et humaines.

La formation des employés, l'organisation d'ensemble du Centre, la supervision hebdomadaire du travail et du personnel, la création d'un réseau d'activités et d'entraide au sein de la communauté la recherche et l'évaluation continue des pratiques, un style et une problématique commune d'approche de même qu'une éthique de traitement et des rapports avec les familles, jusqu'à l'intervention dans la communauté pour soutenir les démarches des usagers, tout cela ne pouvait pas s'improviser. La présence d'un groupe privé, avec ses liens et son action ailleurs au sein de la communauté, a été et est encore un apport essentiel, qui a rendu possible une telle entreprise. Quand nous parlons donc de la participation du privé, et de l'impact d'une telle participation dans la diminution des coûts, nous entendons tout cela à la fois.

AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

Ce qu'une politique de santé mentale doit exiger et favoriser dans la participation du privé dans la dynamique de santé mentale, ce sont des structures légères de services directs et d'accessibilité constante, pour des groupes cibles, et répondant dans les régions à des problèmes spécifiques. Elle doit également favoriser des petits ensembles d'intervenants faciles à gérer et à former de façon continue, grâce à un lien organique et une participation constante à la recherche évaluative au lieu même du travail. La légèreté, la mobilité des structures dans des centres communautaires ou de soins globaux dans la communauté, doit permettre une grande souplesse pour adapter les soins aux situations individuelles, requérir et obtenir la participation des familles et des milieux de vie naturels des clients et des groupes cibles. La qualité des services est en effet en fonction directe de leur individualisation dans la prise en considération du milieu de vie naturel où le sujet doit s'articuler.

Des groupes d'intervenants travaillant dans un contexte administratif à dimension réduite, avec peu de cadres et de personnel de soutien sont relativement plus faciles à former de façon continue. Il faut établir des stratégies et des exigences quant aux méthodes, aux pratiques, à l'évaluation continue des pratiques dans un esprit où l'efficacité et la rentabilité jouent le rôle qu'elles ont dans les organismes privés, dont la survie dépend de l'excellence et non de la permanence des répartitions budgétaires

dans un réseau de services publics. La proximité des cadres aux employés et à la clientèle, réduisant le temps mort entre la décision et l'intervention, entre la perception des problèmes, leur analyse et les corrections nécessaires, sont autant de facteurs déterminants dans l'amélioration de la qualité des services.

Le travail direct avec les populations cibles, en liaison avec les C.S.S. et les C.L.S.C. est par ailleurs essentiel à la qualité des services. Au lieu d'augmenter les structures de services dans ces centres déjà saturées de demandes du milieu, en y injectant de nouveaux fonds de développement, il faut encourager des services complémentaires, sur une base privée, en définissant les liens organiques de ces services aux centres du réseau. Les cas repérés par ces centres et devant allonger une liste d'attente, ou nécessitant des services spécialisés de suivi et de soutien que ces centres ne peuvent offrir, devraient être référés par les C.S.S. et C.L.S.C. à ces services privés. Ainsi il manque de services pour les familles en difficulté, les jeunes en rupture sociale, scolaire et familiale, les jeunes drogués ou suicidaires, les parents abuseurs ou violents, les jeunes en difficultés entre dix et dix-huit ans et dont le destin semble statistiquement devoir être l'hôpital psychiatrique ou la prison après leur majorité légale. Pour ces populations et d'autres, il y a une pénurie incroyable de services de prévention, de soutien, d'accompagnement et d'intervention en situation de crise, d'où l'engorgement des services publics, d'une part, et l'inutilité souvent d'une intervention effectuée à un stade de développement des situations où les techniques deviennent inadaptées. Dans les régions, tout comme dans les grands centres, la mise sur pied de services complémentaires de ce genre assurerait une amélioration véritable des services.

LA NÉCESSAIRE DIVERSITÉ DES SERVICES

En santé mentale, la diversité des services est un élément primordial. Les cas sont très divers, les conjonctures socio-économiques et les situations très nombreuses et nullement réductibles à des problématiques unitaires. L'idéal serait la mise en place de Centres multidisciplinaires offrant une grande diversité de services. La réalisation de tels Centres présentent de sérieuses difficultés de gestion dans des structures légères, et leur chance de succès sont

minces dans des ensembles institutionnels trop lourds. Une solution intéressante et peu coûteuse en ressources humaines et physiques est de favoriser des regroupements de spécialités dans des structures légères, bien intégrées dans la communauté et pouvant offrir des services variés. Ces regroupements de spécialités gagnent à être soutenus par des organismes privés à but lucratif ou non formés par ces professionnels et d'autres agents dynamiques de la communauté.

L'important dans cette problématique, est que ces services et les organismes qui les soutiennent répondent à des besoins régionaux, en assurant les services qui font défaut auprès des clientèles cibles. De tels services et organismes ne doivent être accrédités qu'en réponse à des besoins et des lacunes spécifiques bien sûr, et en cohérence avec les services déjà existants dans le secteur public. La diversité de services tend à susciter une saine concurrence en introduisant un élément de juste choix de la part de la clientèle. Ce ne sera pas sans se poser parfois de façon nette le problème de la qualité des services, de l'inefficacité et de l'inutilité pratique de quelques-uns, et surtout de la baisse des coûts inévitable en situation de concurrence.

Cette diversité suppose la prise en compte des principaux aspects de la dynamique de santé publique. Les services de prévention et d'information promus par l'État impliquent plusieurs ministères, travaillant déjà avec de nombreux organismes privés et regroupements de citoyens. À plusieurs niveaux, dans les régions comme dans les grands centres urbains, il y a là des ressources humaines et financières qu'il faut mobiliser et auxquelles il faut reconnaître un rôle et un statut dans une politique globale de santé mentale. Il en va de même en ce qui concerne les organisations de jeunes, les commissions scolaires, les organisations paroissiales, etc., qui peuvent être sollicitées et mobilisées dans un effort continu d'information et de prévention.

La création des Centres de soins globaux pour pallier à l'hospitalisation s'impose d'autre part. Selon les mêmes principes, des services complémentaires à ceux des C.S.S. et des C.L.S.C. devraient être accessibles pour éviter une hospitalisation lors des premières crises ou situations de détresse. De tels services suffisamment variés du point de vue des méthodes et des approches de traitement, de support et d'accompagnement, devraient

pouvoir offrir un suivi individualisé tout en maintenant les personnes au sein de la vie de leur milieu naturel. Ces différents secteurs d'activités gagnent à profiter des possibilités que peuvent assurer les structures particulières d'organismes privés, soit sur une base de gestion autonome, indépendante du réseau, soit à partir d'entente de services entre de tels organismes et des C.S.S., des C.L.S.C., des hôpitaux, des C.R.S.S.S., ou des ministères concernés.

LE RÔLE DE L'ÉTAT

L'État a la responsabilité dernière des services de santé à la population, de leur qualité, de leur accessibilité, de leur universalité, en fonction des problèmes tant nationaux que régionaux, et des demandes de la population. Il doit donc produire une problématique de santé mentale publique, qui soutienne une politique globale réaliste et complète. Il est évident que dans le type de société où nous sommes entrés, nous ne pouvons plus attendre de l'État la satisfaction des demandes, ni la solution des problèmes. L'entreprise sera trop vaste pour les impôts et taxes que nous sommes capables de payer, et la mission impossible pour les ressources humaines et physiques que l'État peut assumer. En ce qui concerne la santé mentale, nous ne pouvons pas malheureusement marchander les valeurs que nous sommes acculés à choisir ni négocier leurs coûts sociaux, humains, et financiers. Les conséquences historiques d'une progression incontrôlable de troubles mentaux dans une société sont telles, que nous ne voyons pas bien comment apprécier l'inaction et le manque de décisions politiques devant une conjoncture alarmante. L'État ne peut que mobiliser les ressources et dynamismes de la société civile, pour qu'à tous les niveaux, elle prenne les responsabilités qui lui incombent dans la promotion d'une santé sociale. L'État ne peut tout faire non seulement par manque de ressources, mais surtout parce qu'il s'agit d'un domaine où toute suppléance induite ou même maladroite ne peut qu'aggraver les situations et déstabiliser davantage les conjonctures.

Articuler et coordonner des ressources à des problèmes et des besoins

Il faut sortir de la confusion entre l'identification de problèmes et la satisfaction des besoins. Les pro-

blèmes sont spécifiques aux régions. Les besoins relèvent de la responsabilité des individus et les moyens pour les satisfaire sont le lot de la créativité des organismes et des chercheurs privés. Le rôle de l'État ne peut être de créer des moyens pour satisfaire les besoins des individus, mais bien plutôt celui de soutenir les individus dans leur responsabilité de définir les besoins qu'ils peuvent assumer et satisfaire dans la coexistence, selon leurs moyens, leurs rôles et leurs responsabilités sociales. C'est plutôt dans le repérage et l'identification technique des besoins propres aux régions que l'intervention de l'État doit être spécifique et sans compromis. En ce qui concerne l'action de l'État, le bien de la collectivité doit primer sur les intérêts des groupes et corporations, et aussi sur le soutien des individus dans la satisfaction de leurs besoins. Le plus difficile, c'est de mobiliser les ressources et dynamismes des groupes d'intérêts privés dans le sens d'une part de la solution à apporter à des problèmes régionaux, tout comme l'État le fait déjà dans le domaine du développement économique régional, et d'autre part dans la création de services pour les besoins des individus et des groupes cibles.

La désinstitutionnalisation, qu'il faudrait plutôt considérer comme une restructuration des institutions existantes, et une redistribution des ressources humaines et physiques, ne peut être envisagée de façon sérieuse sans une implication des groupes et organismes d'intérêts privés. Il en sera de la santé comme de l'éducation. Le droit au libre choix de la population quant il s'agit de la qualité et des coûts des services, donne au client un moyen essentiel de contrôle sur les services qu'il paie. Il n'y a pas que les droits des professionnels, des syndicats et des «establishment» administratifs régionaux et nationaux, surtout dans un domaine aussi sensible et délicat que la santé mentale.

Ce que l'on est en droit d'attendre de l'État, c'est justement qu'il coordonne et contrôle autant qu'il évalue et sanctionne au besoin. On ne peut parler de politique de santé mentale, sans impliquer toute une mobilisation des organismes privés dans de meilleures conditions de vie sociale, dans les milieux de travail, dans les quartiers ouvriers et suburbains, dans les familles, dans les centres éducatifs ou de loisirs, etc. Or il faut arrêter de rêver en couleurs, on ne mobilise pas les gens sans incitatifs très positifs. L'individualisme qui nous carac-

térise aujourd'hui va de pair avec une tendance aussi forte pour les regroupements par cooptation, et directement proportionnelle aux bénéfices individuels et à la rentabilité sociale. C'est là une tendance positive pour une mobilisation des groupes d'intérêts sur des problèmes précis et des groupes cibles en santé mentale.

Le contrôle de la gestion des services et des pratiques

À notre avis le contrôle et la gestion des services par l'État passe d'abord par une reconsidération des coûts humains, sociaux et financiers de ces services. La structure des coûts que l'on subit, que l'on accepte ou que l'on favorise, est ici comme ailleurs dans l'ensemble de la vie sociale, le symbole de la véritable politique, non pas celle que l'on prétend, mais celle qui est véritablement vécue. C'est à cette reconsidération qu'il faut mesurer la crédibilité sociale de toute politique de santé mentale.

Nous sommes dans une conjoncture politique de santé mentale dénuée de toute crédibilité, à cause non spécifiquement des personnes en place, ni même des groupes privilégiés qui en profitent, mais proprement des contradictions inhérentes à la période de croissance économique pendant laquelle nous avons mis en place les politiques que nous critiquons aujourd'hui, à cause des abus et privilèges qu'elle favorise. Concrètement, le discours officiel des fonctionnaires et des administrateurs, des travailleurs en santé, comme d'ailleurs des médias qui répercutent ce discours, c'est que la santé, la santé mentale en particulier, est un domaine de service public réservé où doivent être exclus des intérêts privés. Mais la structure même de financement des services de santé dénie ce discours officiel. Personne ne doute du pouvoir et du lobby des médecins et des syndicats et des organisations d'administrateurs dans ce système et de leur poids sur les structures de financement et donc du coût social, humain et financier de la politique actuelle. On peut résumer en disant qu'ils définissent ce coût, et qu'en plus par l'intermédiaire des médias, ils ont un pouvoir de chantage illimité sur l'ethnologie narcissique et la côte politique du ministre.

Donc tant que l'État ne modifiera pas la structure même de financement des coûts du système, et pour nous une telle modification ne peut être croyable sans une implication du privé, on ne peut

pas penser à une véritable politique de santé mentale. La mobilisation de la société civile ne sera qu'une tempête de phrases sans une implication financière du privé. Certes, les médecins dans les hôpitaux comme dans leurs cabinets sont des entrepreneurs privés et fonctionnent comme tels. Mais ce sont les seuls entrepreneurs privés auxquels l'État procure privilèges et protection, et qui sont assurés de leurs privilèges à même les impôts de l'ensemble des citoyens et donc aussi des autres entrepreneurs privés. Les syndicats en tant que groupes privés ne sont pas beaucoup moins privilégiés que les médecins et leur corporation. Mais ce n'est pas le genre de participation du privé dont a besoin une politique de santé mentale. On peut gloser et offrir toutes les objections que l'on veut contre une telle proposition, aucun malade en attente dans une salle n'en doute, et la structure de financement du système est là pour le confirmer. De plus, l'injection de fonds nouveaux, tend toujours à se traduire en instauration de structures lourdes dans le secteur public, où les fonds ne sont pas issus de la productivité des structures en place. Le «respect» des fonds publics ne se traduit pas en termes de gestion de rentabilité, mais en termes d'administration de richesses «naturelles». Il y a là un obstacle fondamental à tout mouvement de réforme des structures dans les organisations où la structure de la provenance des fonds est étrangère à la dynamique de leur utilisation. Cette observation vaut déjà dans les postes de services des entreprises privées, à plus forte raison vaut-elle pour les services publics dans leur ensemble.

L'État doit reconnaître un statut légal et autonome aux ressources et services créés dans la société civile par les citoyens et regroupements de citoyens désireux de participer activement à la dynamique sociale de la santé mentale ou autre. Cette reconnaissance doit se signifier dans l'autonomie par rapport au reste du réseau, quant aux sources de financement. Très concrètement, ces services et ces organismes privés ne doivent pas dépendre des institutions du réseau pour le financement des services qu'ils assurent, en dehors de cas très spécifiques d'ententes de services, dans des cadres bien définis par la loi. Par contre, ces services et organismes privés doivent être soumis aux mêmes normes de qualité exigibles des services institutionnels. Ce doit être des structures légères ne dépassant pas la trentaine

d'employés dans les cas de clientèles les plus lourdes. Mieux, ces services et organismes doivent être soumis à un mode d'évaluation et de contrôle qui, aux cinq ans, peut remettre en cause leur nécessité, leur utilité, etc., de façon à les réorienter facilement selon les problèmes effectifs et les besoins prioritaires. Autrement dit, le contrôle des normes de qualité et de rentabilité sociale de tels organismes par le M.S.S.S., doit permettre à celui-ci de promouvoir de meilleurs services à des coûts humains et sociaux optimaux. Ce doit être comme dans l'économie en général, ou dans l'éducation, une alternative quant à la qualité, la suppléance, l'amélioration des services et des conditions de travail et de formation continue et enfin de la gestion des ressources humaines, physiques et financières. Ces unités légères d'une grande mobilité doivent permettre à l'État de suppléer aux institutions plus stables du réseau, pour des problèmes régionaux et des groupes cibles très préoccupants, mais dont le cycle de morbidité ou de déviance sociales est plus court, et plus mouvant.

Le financement de tels Centres, organismes et services privés doit être assuré certes par l'État, sur la base de contrat avec le M.S.S.S., et d'entente de services avec les institutions du réseau. Mais il faut absolument dépasser ce mode de financement. Il faut promouvoir la participation des organismes privés, des compagnies, des citoyens. Ces organismes doivent pouvoir compter sur une implication de la société civile par le biais de Fondations ou de toute autre forme de financement public, qui justifie la société en général à prendre conscience et à assumer le coût humain et social des valeurs qu'elle veut maintenir. À ce niveau, l'État peut soutenir une dynamique de l'intervention de la société civile comme il le fait ailleurs, dans le développement économique régional et national, dans l'éducation, dans les organisations de loisirs et de tourisme. Les fiscalistes peuvent proposer bien des modes d'incitation et d'encouragement à cette forme concrète de prise en charge collective de la dynamique sociale de santé mentale. Notre expérience nous a montré que ce ne sont pas les générosités qui manquent, ni la volonté de participer, mais bien des soutiens légaux suffisants, surtout au niveau fiscal. On peut même penser qu'il serait plus intéressant que ces fonds levés dans le public, de même que les coûts de participation de l'État et subventions aux orga-

nismes privés soient gérés par un organisme paritaire, public et privé.

D'autre part, il est évident qu'il faut réviser le mode de paiement des médecins. Dans le domaine de la santé mentale en particulier, le mode actuel de paiement des médecins enlève à la clientèle une dimension importante de la prise en charge personnelle de sa propre santé. Un nouveau mode de paiement doit donner au citoyen une conscience claire du coût des services de santé qu'il réclame, et permettre une véritable participation à la dynamique de la santé psychique. Il faut sortir de ce mode de paiement aveugle et irresponsable du point de vue du soigné. Dans notre système socio-économique un tel mode de paiement du professionnel est unique. Du point de vue d'une justice sociale et de la propriété de l'individu sur son propre corps et sa propre santé, un tel mode prend une dimension scandaleuse, du fait de la déduction à la base de l'assurance-maladie. Bref, le citoyen doit savoir à la base, le coût de sa santé et le prendre en charge personnellement.

L'imagination ne manquera certes pas aux spécialistes, fiscalistes, économistes et autres gestionnaires du ministère du revenu et du M.S.S.S. pour trouver des solutions pratiques et équitables tant pour les médecins que pour les citoyens les plus démunis, pour résoudre les problèmes posés par une telle exigence. Mais nous pouvons déjà souhaiter et imaginer que ceux qui déclarent à l'impôt un revenu de plus de \$24 000 (par exemple, c'est aux spécialistes de déterminer la somme convenable) soient tenus de payer leurs frais de santé. Une carte d'assurance-maladie dans leur cas peut leur être délivrée par le ministère du revenu, sur la base de leur dernière déclaration d'impôt. Une telle carte servirait en cas de besoin à avoir un prêt garanti à très court terme (à définir) dans une banque, une caisse populaire, ou pourquoi pas une institution gouvernementale, pour payer le coût des soins. Le remboursement par l'assurance-maladie peut être total ou varier entre 90 à 100 % selon le niveau des revenus. Quant aux citoyens n'ayant pas un revenu de \$24 000, leur carte délivrée par le M.S.S.S. pourrait leur donner droit à des soins payés directement par l'assurance-maladie, mais avec un compte des coûts exacts des services qu'ils ont réclamés d'un médecin. Bref, peu importe le système mis en place, l'essentiel demeure l'exigence que le

citoyen ait une conscience la plus claire possible du coût de sa santé et qu'il y participe autrement que par un prélèvement aveugle à la base. C'est une question d'éthique.

Chacun peut imaginer les conséquences d'un tel principe de participation du citoyen, sur les coûts globaux de santé. On ne touche ni à l'universalité (au moins pour les plus démunis, peut-être pour l'ensemble, c'est un choix social et historique à faire), ni à l'accessibilité, mais on en rend chaque citoyen, chaque groupe de citoyens responsables avec l'État et les professionnels de la santé. Le principe de cette responsabilité collective est essentielle. Elle peut susciter des regroupements de citoyens, des prises de conscience collective au niveau des consommateurs de services que nous sommes tous à un moment ou l'autre, qui seraient d'une importance capitale pour une dynamique sociale de la santé et de la santé mentale en particulier. Nous croyons que, à moyen terme, la conscience et la responsabilité collectives, contrôlent mieux les abus et réagissent mieux aux manques et aux insuffisances que la coercition légale.

Dans une telle problématique, dans notre époque d'informatisation, il est évident que les coûts sociaux, humains et financiers de nos choix de valeurs, quant à la dynamique sociale de santé mentale seront plus contrôlables, tant par les citoyens individuellement, que par les regroupements de citoyens et surtout par l'État, qui a la responsabilité dernière de la gestion de tels coûts. Bien sûr on peut objecter à cela la réaction de fuite des médecins hors de la province, mais rien n'empêche que les grandes lignes d'une politique de santé mentale soient soumises à l'approbation référendaire ou autre de la population et que les médecins soient obligés de travailler cinq ans au pays ou de rembourser ce que leur formation aura coûté à l'État. Et si leur formation ne coûte rien à l'État et donc à l'ensemble de la population, pourquoi n'auraient-ils pas le droit de partir et d'aller travailler où bon leur semble?

La promotion des recherches et des pratiques

Une politique de santé mentale qui tiendrait à mobiliser toutes les ressources de la société civile dans une dynamique sociale de santé mentale passerait donc par la restructuration des institutions

pour articuler leurs pratiques et leurs services sur des problèmes des régions et les groupes à risque en coordination avec l'action des organismes civils impliqués dans cette dynamique de santé sociale. La coordination et l'efficacité d'une telle entreprise collective supposent la promotion des recherches actions sur les lieux mêmes des pratiques, dans le but de les rendre souples et articulées aux problèmes et aux populations à risque. Il s'agit donc de la nécessité de disséminer la recherche pour qu'elle devienne un axe dynamique de la pratique et de la formation continue des intervenants.

La recherche institutionnelle, principalement universitaire se doit de garder une dimension fondamentale nécessaire au maintien des grandes problématiques d'intervention liées à nos choix de société. Elle est indispensable à la formation académique de base des travailleurs de la santé et un des stimulants critiques les plus fondamentaux d'une dynamique sociale de santé mentale. Elle permet d'autre part des distances critiques tant épistémologiques qu'au niveau des choix de valeurs sociales déterminantes, qui au bout du compte servent de guide dans l'évaluation des pratiques conjoncturelles, comme de la recherche action qui soutient de telles pratiques. Mais elle ne suffit pas. Son rythme d'évolution et le cycle de ses mutations internes ne correspondent guère aux aléas des conjonctures historiques et des stratégies et tactiques d'intervention auxquelles sont acculés ceux qui interviennent dans le quotidien extrêmement mobile et changeant de nos sociétés hautement technicisées. Aussi la nécessité de la dissémination de la recherche active dans la pratique même de l'intervention devient de nos jours, d'une importance aussi déterminante, pour le contrôle et la gestion rentable des pratiques, dans les secteurs de services de santé, que dans les secteurs économiques et industriels de la société.

Le premier objectif de la coordination de la recherche action à la pratique dans les services, doit être pour l'État la volonté de mettre en place des mécanismes qui permettent la construction d'un véritable concept de la rentabilité sociale des services. L'État ne peut certes jamais perdre de vue que les valeurs sociales et historiques dont nos sociétés modernes font le choix ne sont pas sans un certain coût humain, social et financier. C'est un fait de civilisation dont le politicien a tendance à faire un

argument partisan, et qui peut servir des intérêts inavouables chez les groupes de professionnels et les syndicats. Il reste que nous avons à assumer les coûts des valeurs auxquelles nous tenons, sinon nous devrons y renoncer. C'est l'argument fondamental qui milite en faveur de la nécessité d'impliquer le privé financièrement dans la dynamique sociale de la santé, surtout de la santé mentale. Ceci dit, il faut constater que nous ne disposons pas, actuellement, d'instruments conceptuels fiables, équivalents à ceux dont nous pouvons disposer dans les secteurs économiques, pour évaluer la rentabilité sociale de services dont les coûts reposent davantage sur la taxation que sur la productivité sociale. Il nous incombe aujourd'hui de construire les instruments conceptuels et théoriques nécessaires à partir de nos pratiques effectives et de leurs résultats concrets quant aux valeurs que nous avons choisies de nous payer.

L'organisation de l'information du public et des groupes cibles, de même que la formation continue des intervenants et l'évaluation de leur intervention doit faire l'objet de la recherche en second lieu. C'est bien sûr la recherche sur les conditions et les antécédents de certaines situations de crise, qui reste la meilleure source d'information pour des actions de sensibilisation et d'information du public. C'est aussi le moyen le plus sûr de contrôler l'évolution des pratiques, et leur nécessaire adaptation aux conjonctures changeantes. L'État doit non seulement participer à la mise en place des moyens de telles recherches mais les exploiter pour mieux guider ses interventions et son contrôle du système et des pratiques. Dans ce cadre, il faut favoriser et aider au financement de regroupements de chercheurs privés, engagés dans l'action dans le domaine de la santé mentale, comme le regroupement des chercheurs engagés dans les institutions publiques. Regroupés, les chercheurs institutionnels se sentiront moins isolés, disposant de plus de moyens, sans injection de fonds nouveaux, mais grâce à des ententes de services entre institutions, et enfin plus efficaces. Mises en commun, leurs recherches seront plus structurées, plus orientées sur leur intervention effective dans la communauté et les groupes clientèles. Ils recourront moins aux universitaires, qui ne sont pas engagés dans la création, l'action et l'intervention quotidiennes. Ils seront plus entendus par les universitaires et feront évoluer la recher-

che universitaire vers les problèmes réels qui confrontent la population et les régions.

On importera moins les problématiques construites à partir de problèmes d'autres populations vivant des conjonctures fort différentes, comme la Californie, l'État de New-York, ou telle province française. Face à l'inventivité sociale italienne en matière de psychiatrie sociale, on crie à la différence, elle dérange trop les «establishments». Mais on n'hésite pas à plaquer sur les situations régionales québécoises les moindres modes californiennes, ou bostoniennes ou autres, moins dérangeantes. Sur nos conjonctures spécifiques régionales ou nationales, nous avons un grand besoin de recherches fondamentales ou nationales, nous avons un grand besoin de recherches fondamentales dans le domaine social. Et pour cela, nos ressources sont énormes et sous-utilisées dans les universités. Il ne suffit pas de privilégier la technologie et le développement économique, il faut aussi penser nos retards en termes de dynamique sociale. Les sciences humaines sont négligées à un point tel que nous n'avons plus les moyens de mesurer, ni même de vraiment identifier les problèmes de population qui sont pour nous conjoncturels au saut culturel technologique que nous subissons, encore moins pouvons-nous commencer à penser les moyens pour les prendre en charge dans notre propre dynamique sociale, plutôt que par une importation onéreuse de méthodes et de problématiques. En économie, en haute technologie, en médecine, dans la majorité des domaines d'intervention physique, on achète, on importe. Mais même alors, l'autonomie ne réside que dans la créativité et le dynamisme propres. Dans le domaine de la santé et de la santé mentale en particulier, qui dépend de la dynamique sociale propre d'une population et de sa capacité d'inventer et de contrôler ses conditions de coexistence et de satisfaction, il ne peut être question d'importer. Il en va là comme de la culture, on la brade en singeant d'autres. Dans ce domaine, pour nous comme pour la plupart des grandes sociétés occidentales, le défi est au niveau de la recherche fondamentale. Seules les universités sont équipées pour ce travail immense. L'État doit les y atteler. Et ce ne sera certes pas en sabrant dans leurs structures et leurs budgets, sous prétexte de «virage» technologique.

Le contrôle de l'évaluation continue

Enfin l'État doit se donner les moyens de contrôler et d'encadrer l'ensemble dynamique de sa politique de santé mentale, en mettant en place des mécanismes d'évaluation continue des pratiques. La promotion de la recherche fondamentale dans les universités et de la recherche action dans les milieux d'intervention sociale, en donneront les principaux moyens. Le développement de systèmes et de techniques d'informatisation légers et accessibles à l'ensemble des employés permet de concevoir dans de petites unités de soins ne dépassant pas trente à cinquante employés, la mise en place d'instruments efficaces pour interroger les pratiques, les méthodes, les diagnostics, les interventions, etc. Le suivi des cas individuels en sera grandement amélioré. L'évaluation des interventions en fonction de la courbe de progression ou de régression des cas, permettra des rectifications sans retard administratif, ni discussions cliniques indéfinies. Ceci suppose non la mise en place par les instances supérieures de méthodes généralisées à toutes les situations et conjonctures locales, mais bien le développement par des chercheurs au niveau de l'action, dans les situations et les conjonctures particulières, de moyens d'évaluation, qui seront soumis à l'appropriation d'organismes régionaux et nationaux, indépendants des intérêts en place dans le réseau.

L'État disposera de moyens efficaces pouvant établir des bases de discussions sur les méthodes à retenir et à payer, en fonction des valeurs sociales et éthiques que nous nous choisissons. Un minimum de contraintes contrôlables socialement sera mis en oeuvre pour déterminer le type d'efficacité et d'utilité sociales que nous voulons pour nos interventions, nos méthodes, nos ressources humaines. Surtout en ce qui concerne la participation du privé dans la dynamique sociale de santé mentale, nous disposerons de points de comparaison plus objectifs, et de critères de choix. À moyen terme, les contraintes de qualité, d'efficacité sociale, d'accessibilité, et d'universalité que nous nous donnons pour juger et accréditer un Centre de soins et d'interventions ou de recherches dans le domaine de la santé mentale, apparaîtront plus importantes, parce que mieux contrôlables par une évaluation continue, que les débats idéologiques interminables sur les «bons» du secteur public et parapublic et les

«méchants» du secteur privé. Cela suppose que le contrôle par l'évaluation continue vaut pour tous les secteurs. Il est remarquable que le moins que l'on puisse dire, c'est que l'absence totale d'évaluation des pratiques dans le secteur de la santé, nous réduit à attendre les scandales juridiques et les commissions d'enquêtes, pour enfin savoir ce que nous payons. On se saurait se contenter ainsi indéfiniment de situations de crise comme mode d'évaluation. C'est pourtant ce que nous avons mis en place comme système de protection des privilèges et de contre-évaluation. Accuser ensuite médecins, administrateurs et syndicats d'en profiter pour se tailler un empire et des lieux de pouvoir et de chantage politiques est une absurdité intellectuelle et éthique. Pourquoi n'utiliseraient-ils pas les moyens mis à leur disposition? Pourquoi faudrait-il exiger d'eux assez d'éthique pour compenser le manque de courage politique de nos élus? Les hommes sont ce qu'ils sont, s'ils ont d'autres conditions, ils se comporteront autrement.

CONCLUSION

Une politique de santé mentale, dans le contexte de société où nous nous trouvons, ne peut avoir aucune chance de succès à long terme, si elle ne mobilise la société entière dans une dynamique de responsabilité et de prise en charge des conditions de coexistence et de satisfaction pour chacun dans la collectivité. Ceci dépasse les «politicailleries» partisans et les luttes intestines qui déchirent politiciens, haut fonctionnaires, gestionnaires, corporations de professionnels et syndicats dans le réseau de la santé et des affaires sociales. Il est temps que tous ces protagonistes qui n'ont aux lèvres que le bien des «bénéficiaires» et les intérêts du public soient projetés hors du bocal de la fonction publique, dans les problèmes globaux et historiques de santé publique auxquels la conjoncture nous confronte. La perspective de protéger les acquis des institutions ou de les moderniser, est une politique de pompiers, qui à moyen terme sera plus coûteuse socialement et humainement que la conjoncture actuelle. Des problèmes de civilisation ne peuvent pas se résoudre en termes d'injection de fonds nouveaux pour moderniser les vieilles institutions ou pour leur permettre de récupérer les actions partielles des alternatives, au moment où la

population et les gouvernements s'intéressent de trop près à ces actions de la société civile. Les alternatives sont le symbole d'une époque, elles indiquent un tournant à prendre. On est en train de vouloir les étouffer sous l'argent des institutions et de manquer le bateau.

Il n'y aura pas de politique de santé mentale croyable pour le citoyen payeur de taxes, si elle vise à protéger les acquis des syndicats, des professionnels, des administrateurs et de tous les groupes en place. Une restructuration d'ensemble des institutions est nécessaire à moyen terme, pour promouvoir des structures plus légères, plus faciles à contrôler, à évaluer et à modifier en fonction des conjonctures et des besoins véritables, de façon à les mettre au service et au rythme d'évolution de la société civile. Cela ne se fera pas sans révision déchirante, pour les privilèges et les pouvoirs en place. En effet, il y a privilège chaque fois que les acquis de groupes particuliers deviennent un obstacle aux changements sociaux rendus nécessaires par les conjonctures historiques incontrôlables. C'est notre cas, en ce qui concerne les institutions en place dans le réseau de santé mentale. Le courage politique impose la restructuration et la redistribution des ressources sans aucune injection de fonds nouveaux dans les institutions. D'autre part, dans la ligne de ce qu'a initié le mouvement des alternatives et des organismes qui travaillent dans le champ de la santé mentale, il faut orienter l'investissement dans la mise en place de structures nouvelles, légères, où le privé, la société civile et ses organismes, doivent être mobilisés dans la prise en charge collective d'une dynamique sociale de santé mentale, sous le contrôle de l'État, directement par le ministère et non par les institutions ou les instances dont elles dépendent immédiatement. Les unes et les autres n'ont pas vraiment dépassé le rapport Bédard, pendant que la société a subi des modifications en profondeur et absolument imprévisibles dans le cadre de ce rapport, si excellent qu'il fut pour son temps.

La responsabilité du citoyen doit être reconnue, tout comme celle de la société civile, non seulement légalement, mais concrètement dans les structures mises en place, au niveau des traitements, des pratiques, des contrôles, des modalités d'évaluation, des programmes et des pratiques, et en particulier dans les modes de paiement et de financement des

coûts de santé. Ce déplacement de la responsabilité qui hier allait de l'institution au soignant puis enfin au soigné, doit se faire aujourd'hui, de la société à l'individu, à l'État, et au soignant et à l'institution. Ces derniers répondent à des demandes, leur responsabilité doit être seconde par rapport à celles des précédents. Un tel changement de perspectives ne vise guère à protéger les institutions, les médecins, les professionnels et les syndicats des poursuites juridiques. Il faut plutôt se rendre à la logique d'une responsabilisation qui part de là où les problèmes se créent et où les besoins se définissent. C'est la conséquence logique d'une politique de la santé mentale axée sur une dynamique sociale.

La formation continue des intervenants de tous les niveaux, le contrôle et l'évaluation continue des pratiques tant institutionnelles que sociales et privées doivent permettre à moyen terme de savoir et de choisir collectivement le type de pratiques que nous désirons en fonction des valeurs pour lesquelles nous accepterons de payer le coût humain et social. C'est finalement à la population de décider, à travers ses élus. À voir l'évolution des choses, ou mieux, le blocage des situations, depuis cinq ou six ans, on peut se demander si le politicien n'est pas devenu l'otage des conflits internes et des luttes intestines. Si c'est le cas, il faut donner à la population et à la société civile les moyens légaux de débloquer la situation par une campagne d'information organisée par l'État sur la situation exacte suivie d'un mode de choix collectif sur la politique de santé mentale, soit par voie référendaire, soit autrement. Mais, il faut sortir du borborygme.

En dernière analyse, la question d'une politique en santé mentale, quelque soit son urgence et les conflits qui la caractérisent, reste une question de courage politique et de dynamisme social. Ces dernières décennies, la population s'est toujours mobilisée sur des questions d'intérêt vital pour elle. Il en sera de même pour la santé mentale. Et si finalement les intérêts en place priment, c'est que la société civile et la population sont prêtes à supporter le coût humain et social de la situation. Mais un tel choix social ne fera que remettre à plus tard des ruptures décisives et inévitables, car dans toute structure socio-économique historique, il y a toujours une limite à ce que la société civile peut supporter d'assumer.

RÉFÉRENCES

- ADOUT, J., 1979, *Les raisons de la folie*, Flammarion, Coll. Champs, Paris.
- APOLLON, W., 1984, Parole et rupture institutionnelle dans les alternatives, in Bergeron, D., Cantin, L., eds, *Les ressources alternatives en santé mentale*, Collection Noeud, Québec-Amérique, Montréal.
- APOLLON, W., Actualités de la folie, à paraître dans *Folie, mystique et poésie*, Collection Noeud, Québec-Amérique, Montréal.
- BASLÉ, M., 1985, *Le budget de l'État*, La Découverte, Coll. Repères, Paris.
- BELL, D., 1974, *The Coming of Post-Industrial Society*, Heinemann, Londres.
- BRESSAND, A., DISTLER, C., 1985, *Le prochain monde*, Seuil, Coll. Odyssée, Paris.
- CAHIERS DE RECHERCHE ÉTHIQUE, 1985, *Les suicides*, Fides, Montréal.
- CHANLAT, A., DUFOUR, M., eds, 1985, *La rupture entre l'entreprise et les hommes*, Québec-Amérique, Montréal.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1985, *La santé mentale Direction-An 2000*, Gouvernement du Québec.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1985, *De la biologie à la culture*, Gouvernement du Québec.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1985, *La santé mentale*, vol 1, 2, 3, 4, Gouvernement du Québec.
- Critiques de l'Économie Politique*, 1985, Les politiques économiques néo-libérales, No 31, avril-juin.
- ERASME, 1974, *Éloge de la folie*, Garnier-Flammarion, Paris.
- GENDRON, C., BEAUREGARD, M., EDS, 1985, *Les femmes et la santé*, Éd. Gaëtan Morin, Chicoutimi.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC, 1985, *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, L.R.Q., chapitre A-2-1, Éditeur officiel du Québec.
- GRJEBINE, A., 1986, *Théories de la crise et politiques économiques*, Seuil, Paris.
- KAHN, H., WIENER, A.J., 1967, *The Year 2000: Framework for Speculation on the Next Thirty Three Years*, Macmillan, New York.
- LYOTARD, J.-F., 1974, *La condition post-moderne*, Minuit, Paris.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La santé mentale, à nous de décider*, 1985, Gouvernement du Québec.
- NAISBITT, J., 1984, *Les dix commandements de l'avenir*, Sand-Primeur, Paris-Montréal.
- Quelle psychiatrie, quels psychiatres pour demain?*, 1984, Actes des premières journées nationales de la psychiatrie, Vol. 2, Avignon-Palais des Papes, Privat, Toulouse.
- RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTUDE SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ, 1984, *Objectif: santé*, Gouvernement du Québec.
- TINBERGEN, J., EDS, 1976, *RIO: Reshaping the International Order*, rapport du Club de Rome, New York.
- ROSANVALLON, P., 1981, *La crise de l'État-providence*, Seuil, Paris.
- SERVAN-SCHREIBER, J.L., 1986, *Le retour du courage*, Fayard, Paris.
- Sociologie et Sociétés*, 1985, Santé mentale et processus sociaux, vol. XVII, No 1, PUM.
- SOLIDARITÉ-Psychiatrie, 1984, *La folie comme de raison*, VLB Éditeur, Montréal.

SUMMARY

At the point of civilization where we find ourselves today, in the post-modernity conditions, the responsibility of civil society is a determining factor in the overall politic of mental health. More than ever we have to think of health and mental health in particular in terms of a social dynamics where the participation of social groups and individuals in the responsibility for collective health has priority over the structures of state and institutional interventions. The responsibilities of the state, the institutions and professionals are therefore displaced and redefined

while new rights emerge and with them the need for more information and control for the users who pay for health services with their taxes. The concern to adapt a system now anachronistic can only increase the problems of a society responsible for its obsolescence. The social and human costs of the radical changes needed, will in the short term, be socially less burdensome than the consequences of illusory adaptations. In this area, we can expect that nothing will be effective without the mobilisation by the state of the collective responsibilities for a social involvement in public health.