

## Ailleurs et autrement Elsewhere and otherwise

Nicole Fontaine and Raymond Rochette

Volume 11, Number 2, November 1986

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

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030346ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030346ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Fontaine, N. & Rochette, R. (1986). Ailleurs et autrement. *Santé mentale au Québec*, 11(2), 75–88. <https://doi.org/10.7202/030346ar>

Article abstract

The network of mental health services is constantly in movement. From a relatively simple model it has become a complex service with a multiple ideology, its results are indetermined and have now to be revised. While commenting on the elaboration of a politic in mental health, the authors describe an experience where the mental health services in a Montreal region were diversified and reorganised in sub-regions. They then give an idea of the situation, the arms hoped for, the organisational mode, and the sub-regions; the main problems encountered are identified as well as the stakes and the areas of action. They uncover the particularities and the different realities that are the mainstay of the Greater Montreal.

## Ailleurs et autrement

*Nicole Fontaine et Raymond Rochette\**

**Le réseau des services de santé mentale est en constante évolution. Il est passé d'un modèle relativement simple à un réseau de service complexe, incomplet, à idéologie multiple et aux résultats incertains qu'il convient maintenant de réviser. Commentant le contexte de l'élaboration de la politique de santé mentale, les auteurs décrivent ensuite une expérience de diversification et de sous régionalisation des services de santé mentale dans la région de Montréal. Après une description de la situation, des objectifs visés, du mode d'organisation et des sous-régions, les auteurs identifient les principaux problèmes rencontrés, les enjeux et des perspectives d'action. Ils font ainsi connaître les particularités et les réalités différentes qui constituent le grand Montréal.**

En 1962, le rapport Bédard lançait un premier mouvement pour limiter l'expansion des asiles, dirigés jusqu'alors par les communautés religieuses. Inspirée d'expériences étrangères principalement françaises et américaines, la psychiatrie communautaire s'est alors développée au Québec durant les années 1960 et 1970. Cette approche consistait essentiellement à traiter le malade psychotique «ailleurs» et «autrement» qu'à l'asile. Elle tendait à personnaliser les soins, à maintenir autant que possible le malade en contact avec son milieu, à valoriser le traitement ambulatoire et à prévenir les rechutes.

Les jeunes psychiatres progressistes des années soixante affirmaient que la maladie mentale était une maladie comme les autres. Sans doute réclamaient-ils ainsi qu'on en dédramatise les manifestations et qu'on lui accorde autant d'attention, de soins et d'argent que la maladie physique. Peut-être voulaient-ils aussi se rapprocher du reste du corps médical, qui tendait à les marginaliser.

En 1971, les membres de la Commission Castonguay-Nepveu saisirent l'occasion, puisque cette maladie était semblable aux autres, de l'intégrer dans leur proposition d'une médecine globale, qui était cependant axée davantage sur les manifestations physiques que psychiques des problèmes de santé.

Cette orientation des membres de la Commission,

et par la suite des hauts fonctionnaires du ministère des Affaires sociales, reflète la mentalité matérialiste de notre époque qui n'accorde vraiment d'importance qu'à ce qui est apparent, physique, rationnel, quantifiable.

Ainsi, les services psychiatriques se sont organisés, à quelques exceptions près, sur le même modèle que ceux de la médecine physique au sein du réseau québécois des Affaires sociales. L'approche systémique bio-psychosociale est toujours prônée. Cependant, tout indique que seule la partie biologique a été suffisamment développée et que, de façon générale, l'aspect chimiothérapique joue un rôle central dans l'approche institutionnelle de la maladie mentale.

Selon l'inventaire des clientèles psychiatriques réalisé dans les grands centres psychiatriques du Québec durant l'année 1985, il ressort qu'une partie substantielle des personnes hospitalisées dans les hôpitaux psychiatriques pourraient fort bien vivre à l'extérieur de ces lieux, à la condition de jouir d'un soutien adéquat. Il s'agirait de 64% de la clientèle psychiatrique. Un sondage syndical, réalisé en 1985 aux C.H. Robert-Giffard et Louis-H.-Lafontaine, a permis de constater à quel point les hôpitaux psychiatriques étaient des lieux d'hébergement bien plus que des lieux de traitement... pour différentes raisons: le manque de psychiatres, le manque de personnel, le caractère jugé très chronique des pathologies concernées, ou tout cela à la fois. Une bonne partie des patients ne subissent d'autres «traitements» que la médication, et ce qui leur tient lieu de plan de soins est avant tout un programme

\* Nicole Fontaine est coordonnatrice des services de santé mentale au C.R.S.S.S.M.M., et Raymond Rochette est conseiller aux ressources communautaires en santé mentale au C.R.S.S.S.M.M.

de soins physiques et d'hygiène. (Brunelle et Marsolais, 1986).

Si on évalue les hospitalisations dans les hôpitaux psychiatriques du Québec, on retrouve un profil qui ressemble à celui des hôpitaux généraux, sauf qu'on y compte 2,5 fois plus de jours d'hospitalisation. (Lamontagne, 1985). Et il nous faut noter que ces chiffres ne reflètent que l'utilisation de la structure de soins hospitaliers et médicaux actuelle plutôt que la fréquence et l'importance réelle de la maladie mentale.

Les frais d'utilisation de l'ensemble des services de santé mentale représentent, en 1985, 18% du budget des Affaires sociales. C'est le groupe de services le plus coûteux du réseau des Affaires sociales.

## 1. POUR UNE DIVERSIFICATION DES APPROCHES

Nous sommes actuellement devant la nécessité d'une réorientation des services de santé mentale au Québec. Tous les indices accusent l'insuffisance du système actuel et incitent à une vaste remise en question qui favorise la diversité et l'expérimentation.

Nous pensons que le système de soins actuel est remis en cause à la fois de l'intérieur et de l'extérieur.

De l'intérieur, il l'est de plusieurs façons. La première, et sans doute la plus visible, a été les enquêtes publiques des années soixante et celles, plus récentes, menées en 1985 dans deux grandes institutions psychiatriques de Montréal. Ces dernières ont conduit à la mise en tutelle de l'une d'entre elles et à un plan majeur de transformation pour les deux établissements concernés.

La deuxième, celle-là moins fulgurante, se fait par les enquêtes et études menées récemment par les syndicats de travailleurs dans les grandes institutions psychiatriques. Elles concluent à la nécessité de changer le système actuel et formulent des propositions concrètes qui, tout en favorisant le changement, tiennent compte des intérêts des travailleurs.

La troisième façon, qui se définit plus dans l'action qu'autrement, est l'implication croissante des intervenants professionnels et non professionnels pour mettre au point des approches novatrices dans l'institution et implanter des ressources alternatives

dans la communauté. On cherche ainsi à développer ailleurs et autrement une approche plus satisfaisante, plus individuelle, auprès des personnes qui connaissent des problèmes psychiques.

Le système est aussi remis en cause de l'extérieur par les associations de parents et d'ex-bénéficiaires, pour ne nommer que ceux-là. Les comités de bénéficiaires des grands hôpitaux sont devenus très actifs. Enfin, il est remis en question également par les gestionnaires «progressistes» à l'écoute des interrogations internes et externes du système.

Ces remises en cause sont sans doute le fait de groupes marginaux, mais n'était-ce pas aussi le cas des psychiatres progressifs des années soixante et des mouvements observés dans d'autres pays? Un fait nouveau cependant marque la présente remise en question.

Elle n'est plus le fait d'un seul groupe de professionnels. On fait remarquer, d'ailleurs avec raison, que les psychiatres ne doivent plus et ne peuvent plus porter seuls le poids de la maladie mentale. À ceux qui s'inquiètent actuellement d'une absence de leadership de la part des psychiatres, il importe de demander pourquoi il faudrait que le psychiatre exerce seul ce rôle. Ne voit-on pas aussi son leadership s'essouffler ou être remis en question dans d'autres pays?

L'Association des Hôpitaux du Québec a souligné «l'hospitalocentrisme» et ses insuffisances dans un récent rapport sur l'organisation des services de santé mentale (A.H.Q., 1984). On y soulignait la nécessité d'agir en amont et en aval de l'hôpital, en élaborant des approches psycho-socio-communautaires et en impliquant d'autres types de ressources plus communautaires, tels que foyers de groupe, appartements supervisés, programmes de santé mentale dans les C.L.S.C., services de crise, etc.

Un leadership «composé» à plusieurs partenaires, impliquant davantage famille et communauté et prônant une approche systémique de problématiques bien circonscrites, particulières aux régions et sous-régions du Québec, serait plus approprié qu'un leadership unique sur une grande échelle.

Au moment privilégié d'une réévaluation du réseau socio-sanitaire québécois par la Commission Rochon, on semble cette fois donner à la santé mentale une place spécifique, puisqu'un comité multidisciplinaire et multi-régional, présidé par le Dr Gaston Harnois, doit voir à l'élaboration d'une po-

litique québécoise en la matière. Il s'agit d'un moment historique renouvelant les espoirs des années soixante et qui se situe à la croisée des rapports de force identifiés et des changements des valeurs dans notre société. C'est aussi un exercice périlleux dans un contexte où on en est à un début d'expérimentation et de diversification des approches, où il y a absence de données épidémiologiques et où la recherche psychosociale et environnementale est très insuffisante.

On attend du comité de la politique qu'il aille au-delà d'une simple réorganisation des services et qu'il interroge «l'appréhension» de ce qu'on appelle la «maladie mentale». Il devra entendre les témoignages d'intervenants marginaux qui, pour certains, considèrent que «le dysfonctionnement psychique ne peut être considéré comme une «maladie» et que si la folie angoisse et sollicite au plus intime de l'être, là précisément où se trouve la fragilité inquiétante des humains que nous sommes, c'est peut-être que nous savons mais d'un savoir insupportable que la folie n'est pas une maladie... (Bergeron et Cantin, 1986).

D'autres soutiennent que «les cliniciens contribuent objectivement à aggraver la santé mentale de la population, en tant qu'agents de déresponsabilisation. Il ne s'agit pas de nier l'intérêt ou l'utilité ponctuelle des interventions cliniques actuelles, mais de réaliser qu'elles ont des «effets secondaires écologiques» désastreux, dans la mesure où, en isolant la pathologie de l'ensemble signifiant dans laquelle elle s'inscrit, elles faussent le jeu dialectique des forces en présence et entraînent une véritable perversion énergétique. Il faut créer d'autres modèles de compréhension et d'intervention». (Thi Hong Trang Dao, 1986).

Il faut évoluer vers une approche systémique qui tienne davantage compte de la personne dans son environnement, dans son histoire familiale et sociale.

Déjà, au siècle dernier, le psychiatre Adolf Meyer insistait sur la nécessité de repérer les influences sociales et culturelles sous-jacentes aux troubles mentaux. Il faisait ainsi écho au courant phénoménologique, qui considère toujours l'homme «en situation». Il est important de pouvoir préciser davantage les éléments en jeu, de deux manières différentes:

— en indiquant quels sont les éléments de con-

texte qu'il importe de considérer;

— en examinant la manière dont se manifeste cette influence du contexte, ainsi que les mécanismes par lesquels elle agit.

Parmi les éléments de contexte jugés importants, deux grands champs sont retenus: le champ social général, regroupant ce qui a trait au contexte culturel, à l'environnement, aux conditions de vie et aux structures de prise en charge, ainsi que le champ relationnel, qui comprend l'environnement familial, les réseaux sociaux et leur écologie sociale. (Comité de la santé mentale du Québec, 1985).

À ces deux grands champs, il nous semblerait pertinent d'en ajouter un troisième moins intellectuel, plus intuitif, appréhendé davantage par l'observation, l'expérimentation et un processus initiatique que par une démarche rationnelle et logique. Ce champ comprendrait la configuration énergétique des personnes et des groupes ainsi que leurs aspects spirituels et mystiques. Ainsi, avec l'ajout de ce champ, les plans physique, psycho-socio-culturel, énergétique et spirituel seraient couverts.

## 2. POUR UNE DÉCENTRALISATION DES SERVICES

Comme c'est le cas dans d'autres pays (Comité de la santé mentale, 1986), il y a également au Québec une forte valorisation de la décentralisation en terme de programmation/gestion et en termes de financement.

On reconnaît aussi l'importance de la diversité et du pluralisme dans les approches, autant sur le plan organisationnel que sur le plan clinique. La notion de territorialité des services et de leur articulation locale est mise de l'avant, et diverses formules de liaison entre système public et privé sont expérimentées dans plusieurs régions de la province.

Pour une grande région comme celle du Montréal métropolitain, la décentralisation implique autant une régionalisation avec association M.S.S.S.-C.R.S.S.S. qu'une sous-régionalisation non seulement avec association entre le C.R.S.S.S. et les établissements et organismes d'une sous-région mais aussi avec une coordination/concertation entre les différents établissements et organismes des sous-régions.

En fait, la sous-régionalisation est directement reliée à la régionalisation. Elle dépend du degré ef-

fectif de décentralisation des pouvoirs touchant les activités de planification, de programmation, d'organisation, de budgétisation et de contrôle des services socio-sanitaires du M.S.S.S. vers les C.R.S.S.S. Détenteurs de pouvoirs suffisants au niveau régional, les C.R.S.S.S. peuvent alors envisager de partager à leur tour certains de ces pouvoirs avec les sous-régions.

### 3. LA SITUATION À MONTRÉAL

Le phénomène de sous-régionalisation est une réalité quotidienne au C.R.S.S.S.M.M. dans plusieurs secteurs d'activités, notamment en ce qui concerne les services aux personnes âgées, le réseau des handicapés mentaux, le réseau de la mésadaptation socio-affective ainsi que dans le secteur des services de santé mentale.

Le modèle, actuellement favorisé par le Conseil régional de Montréal, est un mode de sous-régionalisation reposant sur une base géographique, soit les territoires de D.S.C., et sur un réseau de service/clientèle. Le Conseil régional conserve le rôle de planification et de programmation pour l'ensemble de la région et demande aux structures sous-régionales de jouer un rôle de concertation/coordination pour actualiser et adapter les programmes cadres aux réalités sous-régionales et augmenter la complémentarité et la continuité des services entre les établissements et organismes.

Les objectifs généralement visés, par les secteurs de services déjà sous-régionalisés, sont les suivants:

- faciliter l'accès à une gamme complète de services;
- faciliter la participation des établissements et organismes à l'identification des problèmes et à la recherche de solutions dans la sous-région;
- éviter le dédoublement des services et faciliter leur implantation dans la communauté;
- faciliter l'intégration des personnes dans la communauté;
- fournir des barèmes pour une répartition adéquate des ressources à l'intérieur de la sous-région et de la région.

La poursuite de ces objectifs repose essentiellement sur des activités de coordination/concertation. Si l'on se rapporte à la définition des termes (Le petit Robert), il s'agit «d'agencer les parties d'un tout, selon un plan logique, pour une fin détermi-

née» ou encore «d'organiser des relations convenables entre plusieurs unités administratives, c'est-à-dire établir la cohérence entre plusieurs centres de décision».

Afin de faciliter une approche de concertation à l'intérieur d'une sous-région, certaines conditions préalables doivent exister. Ce sont:

- la reconnaissance que les services à la population/clientèle sont la raison d'être des établissements et organismes et qu'à ce titre, leurs besoins transcendent ceux des établissements;
- l'identification et la reconnaissance des missions propres à chacun des établissements et organismes dispensateurs de services, et la recherche d'un mode de fonctionnement qui respecte les particularités et les responsabilités de chacun;
- la reconnaissance de l'importance d'un apport spécifique de chaque établissement et organisme engagé dans la concertation;
- la volonté, de la part des représentants des établissements et organismes, de se doter de conventions adéquates de fonctionnement;
- la reconnaissance que chaque sous-région a ses particularités culturelles, socio-économiques, organisationnelles et fonctionnelles.

Ces préalables sont posés au début de la démarche de concertation sous-régionale, et ils émergent graduellement au fur et à mesure de l'avancement des travaux. Aussi est-il préférable, au départ, de fixer un mandat clair et réaliste, avec des objectifs précis correspondant à une ou des priorités sous-régionales, pour lesquelles un travail de concertation est nécessaire et devrait produire un résultat concret. Les représentants des établissements et organismes concernés apprennent ainsi à se connaître, à se faire confiance et à identifier les interactions nécessaires. Les résultats positifs obtenus par l'atteinte des objectifs visés démontrent les bénéfices du travail de concertation et en soulignent la nécessité pour entreprendre d'autres mandats.

### 4. UNE EXPÉRIENCE DE SOUS-RÉGIONALISATION EN SANTÉ MENTALE DANS LA RÉGION DU MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN

Depuis deux ans, une expérience de sous-régionalisation en santé mentale est en cours dans la région de Montréal. Un mandat précis de développe-

ment des ressources communautaires, confié au C.R.S.S.M.M. par le M.S.S.S., permet de concrétiser graduellement une décentralisation partielle de la coordination et de la concertation au niveau sous-régional. Nous décrivons cette expérimentation sous-régionale et la diversité d'approche qu'elle permet, dans le cadre du mandat de développement des ressources communautaires, en identifiant les principaux problèmes rencontrés et les enjeux soulevés et enfin, en dégagant des perspectives d'action.

Ceci ne se veut pas une évaluation du cheminement, il est encore trop tôt, mais plutôt un bilan provisoire, un état de la situation à un moment donné d'un processus en évolution rapide.

En mars 1984, à partir d'une enveloppe régionale de 2 257 000 \$, le M.S.S.S. et le C.R.S.S.S. se mettent d'accord, après de longs mois de discussion, pour accepter l'implantation d'un plan de développement des services de réadaptation, d'inté-

gration sociale et de maintien de malades psychiatriques dans la communauté. L'enveloppe régionale est constituée de coupures effectuées dans les budgets d'hôpitaux psychiatriques de la région de Montréal. L'argent devenu disponible à l'automne 1984, l'opération d'implantation des ressources débute véritablement au milieu de l'année financière 1984-85.

#### a) Les objectifs visés

Les objectifs retenus dans le plan de développement visent à:

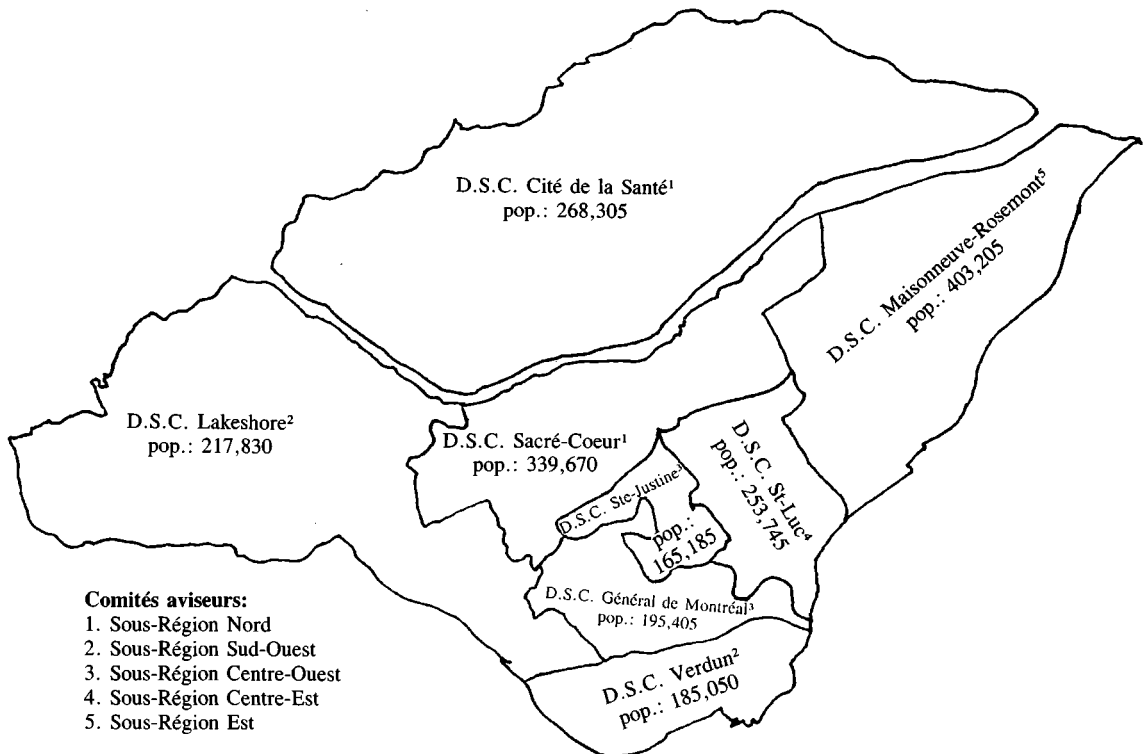
— Développer dans chaque sous-région une gamme de services de réadaptation, d'intégration sociale et de maintien dans la communauté, afin que la population cible puisse avoir accès aux services dans son milieu naturel.

— Cette gamme de services doit être constituée au minimum de:

- services résidentiels;

FIGURE 1

Région de Montréal métropolitain 06A  
Entité territoriale



- services d'occupation, de formation et d'entraînement au travail;
- services de loisirs et d'animation les soirs et les fins de semaine;
- services de soutien et d'accompagnement dans la communauté.

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

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

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

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

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

#### **b) La définition de l'entité territoriale**

Afin d'assurer l'implantation des services sur une base sous-régionale, on avait d'abord retenu quatre sous-régions en 1983 sur la base de la sectorisation psychiatrique. Cependant, considérant les caractéristiques spécifiques des sous-régions, on en a ensuite choisi cinq, comme le montre la figure 1, qui correspond aux territoires des huit D.S.C. de la région et coïncide aussi avec les territoires des C.L.S.C. À Montréal, les services de psychiatrie sont sectorisés sur une base qui leur est propre et qui ne correspond pas nécessairement aux territoires de D.S.C. et C.L.S.C. (Une révision en cours vise à court terme à respecter les territoires de C.L.S.C. et, à moyen terme, à coïncider avec les territoires de D.S.C.).

#### **c) Mise en place des structures sous-régionales**

Pour concrétiser l'idée d'un réseau de services intégrés dans chaque sous-région, on a établi cinq comités aviseurs, composés des principaux partenaires impliqués. En plus de représentants des organismes communautaires, on y retrouve également des représentants des C.H., C.S.S., C.L.S.C. et D.S.C. et, dans une sous-région, des pavillons.

On a en outre décentralisé équitablement l'enveloppe financière régionale dans les cinq sous-régions. À cet effet, chaque sous-région a nommé un établissement fiduciaire, qui a la responsabilité de distribuer les sommes aux ressources communautaires après recommandation du comité sous-régional et sur autorisation du C.R.S.S.S.M.M.

L'implantation des ressources devant se faire en collaboration avec les établissements et organismes, des ententes de services ont été élaborées et signées dans les cinq sous-régions par les principaux partenaires impliqués, soit l'établissement fiduciaire, le C.S.S., dans trois sous-régions, et le C.R.S.S.S.M.M. La composition minimale et le rôle du comité aviseur y sont définis et les responsabilités de l'établissement fiduciaire, du C.S.S. et du C.R.S.S.S.M.M. y sont précisées.

Afin d'assurer une coordination sous-régionale au niveau des services et une possibilité de diversité dans les développements sous-régionaux, cinq coordonnateurs ont été engagés et travaillent étroitement avec les comités aviseurs. Le mandat qui leur est confié, tel que consigné dans l'entente de services, est principalement de:

— Identifier la problématique de la sous-région concernant les besoins en services communautaires des jeunes adultes et adultes malades psychiatriques graves.

— Élaborer des hypothèses de solutions pour répondre à la problématique identifiée, en faire l'analyse et recommander des priorités de développement.

— Coordonner et superviser les projets de ressources communautaires en voie d'implantation ainsi que la programmation des services dans la sous-région.

— Voir à l'utilisation adéquate des sommes affectées aux projets de ressources communautaires prévus dans le plan d'implantation.

— Voir à la mise en place de liens de collaboration et de coordination des services entre les établissements et les organismes de la sous-région, afin d'assurer continuité et complémentarité avec les ressources communautaires.

— Présenter un rapport d'activités annuel au comité aviseur et au Conseil régional.

— Voir au développement de la pratique des plans de services dans les ressources communautaires.

— Afin d'assurer une continuité et l'accessibili-

té des services au niveau des personnes, six praticiens sociaux ont été engagés par l'intermédiaire des C.S.S. pour assurer la mise en opération et la prise en charge des plans de services individualisés auprès de la clientèle cible.

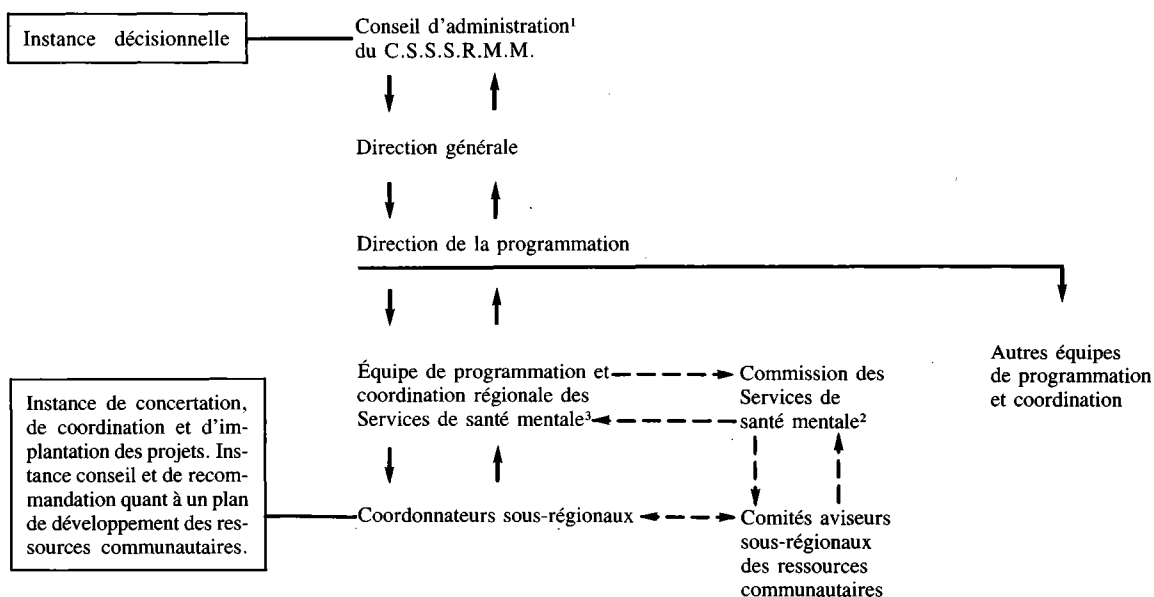
#### d) La séquence décisionnelle sous-régionale ↔ régionale

Le conseil d'administration du C.R.S.S.S.M.M. approuve dans son ensemble le plan de développement recommandé par la Commission régionale des services de santé mentale et la permanence, en permettant la flexibilité nécessaire pour favoriser l'adaptation de la gamme de services prévus aux réa-

lités sous-régionales, tel qu'illustré ci-dessous. L'équipe de coordination régionale au C.R.S.S.S.M.M. supervise et supporte les coordonnateurs sous-régionaux dans l'implantation des services dans les sous-régions en respectant les paramètres généraux du plan de développement adopté. Les coordonnateurs sous-régionaux et les comités aviseurs voient à l'implantation des projets, à la concertation et la coordination nécessaires entre les établissements et organismes de la sous-région pour assurer le bon fonctionnement des ressources communautaires. Ils évaluent les besoins de développement ultérieurs en ressources communautaires dans la sous-région et en font la recommandation au C.R.S.S.S.M.M. (cf. figure 2).

FIGURE 2

#### Séquence décisionnelle



**LÉGENDE:** ———— Lien fonctionnel d'autorité  
- - - - - Lien fonctionnel de collaboration

1. Composition: 2 maires de municipalités, 4 représentants socio-économiques, 1 directeur général des établissements, 2 des C.H., 1 du C.M.D., 1 des C.L.S.C., 2 des C.S.S., 1 des C.A., 1 des universités, 1 des C.E.G.E.P., 1 des organismes bénévoles et le directeur général.
2. Composition: 2 représentants des C.H. psychiatriques, 6 des C.H., 1 des D.S.C., 2 des C.A.H.-C.H.S.L.D., 2 des C.S.S., 2 des C.L.S.C., 2 des C.A.R., 3 des organismes communautaires, 1 des universités. Elle a une fonction conseil auprès du C.R.S.S.S., principalement quant à l'aménagement, l'organisation et la coordination des ressources de santé mentale sur le territoire. À cette fin, elle participe à l'élaboration d'un plan régional des services.
3. Composée actuellement de 2 personnes, son mandat est de voir à l'aménagement, le développement, l'organisation et la coordination des ressources de santé mentale sur le territoire. Elle élabore un plan régional de services et voit à son application.



## 5. LE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES COMMUNAUTAIRES

Le développement des ressources communautaires se fait dans chaque sous-région en tenant compte, autant que possible, des caractéristiques de la communauté, des ressources déjà en place et de leurs possibilités de développement. Dans le cadre du développement actuel des ressources dans la région de Montréal, le terme «ressources communautaires» est utilisé dans un sens large englobant toute forme d'activité réalisée dans la communauté pour la clientèle visée. C'est ainsi que certaines ressources, tout en étant autonomes, se développent avec l'aide des professionnels des services sociaux et hospitaliers et d'autres à partir du milieu de vie communautaire, des aidants naturels, des réseaux d'entraide. S'agit-il de structures intermédiaires ou de ressources alternatives?

Le Comité de la santé mentale propose la définition suivante de la ressource alternative: «La ressource alternative est un groupe, un organisme ou une corporation à but non lucratif, autonome, qui propose à la personne, dans son milieu de vie et avec sa participation, un soutien particulier pour acquérir et maîtriser les moyens requis pour répondre à ses besoins, compte tenu des difficultés psychosociales ou psychiatriques qu'elle rencontre ou qu'elle appréhende». (C.S.M.Q., 1985).

Cette définition n'englobe pas les structures intermédiaires qui sont identifiées comme étant des services de petites dimensions, mis en place dans la communauté par un établissement et fonctionnant sous sa juridiction. Ces ressources constituent une forme de diversification des services dispensés par les établissements et illustrent les efforts de ces derniers pour tenter de maintenir ou de rapprocher la personne de son milieu de vie. Elles sont principalement développées pour les clientèles des centres hospitaliers psychiatriques. On parle ici principalement des hôpitaux de jour, des pavillons, des familles d'accueil et d'autres services de soins et d'hébergement dans la communauté.

Selon ces définitions, on peut dire que ce sont surtout des ressources alternatives sous forme de corporations sans but lucratif qui se développent dans les sous-régions, avec le soutien et la collaboration des intervenants du réseau et de personnes intéressées dans le milieu.

Elles visent à offrir «ailleurs» et «autrement» des services d'aide et de soins aux personnes ayant des troubles mentaux, contribuant ainsi à diversifier la gamme de services disponibles en santé mentale, jusqu'ici presque exclusivement offerts par le réseau public.

«L'ailleurs» proposé par la ressource alternative signifie un déplacement de l'intervention dans l'environnement immédiat de la personne. Cette particularité explique le souci apporté par la ressource alternative à s'intégrer au milieu pour devenir partie intégrante et, par voie de conséquence, conditionne la dimension restreinte de ses installations et services.

«L'autrement» s'actualise pour la ressource alternative dans une approche plus personnalisée, flexible, basée sur le respect de la personne et de sa capacité, avec ses proches, à influencer positivement son devenir. Partant de cette approche, la ressource alternative développe ses services en tenant compte de la nature des besoins auxquels elle s'adresse, engendrant ainsi une diversité d'expressions, de formes, de structures et de moyens. En se concentrant sur la personne, les ressources alternatives tentent d'apporter une réponse individualisée, concrète et reliée à des besoins particuliers. Elles sont diversifiées.

La plus récente phase de développement des ressources communautaires s'effectue graduellement à Montréal sur une période de deux ans — les deux dernières années. Chaque sous-région dispose d'un budget d'environ 500 000 \$. S'y ajoutent les contributions financières des C.S.S. et souvent celles des centres hospitaliers et d'autres sources.

À partir de la gamme minimale de services à mettre sur pied dans chaque sous-région, des projets de ressources sont élaborés par les comités aviseurs, approuvés par le C.R.S.S.S.M.M., pour ensuite être implantés. Certains projets sont déjà en place sous forme de corporation sans but lucratif offrant des services d'hébergement, de transition, d'accompagnement, d'activités de jour et de soir (c.f. figures 3 et 4). C'est le cas de L'Échelon, la Maison Les Étapes, Pracom, P.A.L., la Maison St-Jacques, La Chrysalide, situés dans quatre sous-régions différentes. Seule la sous-région Nord en est à ses débuts et ne dispose encore d'aucune ressource.

Dans la phase d'implantation des nouveaux projets, les sous-régions tiennent compte des ressour-

**FIGURE 3**  
*État de la situation*

---

**COMITÉ AVISEUR SOUS-RÉGION NORD**

Coordonnateur: J.M. Antoine  
Budget global : 550 000 \$<sup>1</sup>

<b>Consolidation</b>		<b>Développement</b>	
Centre de jour*		Praticiens sociaux plan de services	10%
Groupe d'entraide*		Coordination	10%
Recherche*		Milieu de jour et de soir	25%
Groupe de parents*		Hébergement foyers de groupe <sup>2</sup>	55%
		App. supervisés	_____
* Allocations non récurrentes <sup>2</sup>		% de l'enveloppe distribuée de façon récurrente <sup>3</sup>	100%

---

**COMITÉ AVISEUR SOUS-RÉGION SUD-OUEST**

Coordonnatrice: Hilary Day  
Budget global : 470 000 \$<sup>1</sup>

<b>Consolidation</b>		<b>Développement</b>	
Hébergement: Maison transition	8%	Centre de jour et de soir	23%
Centre de jour et de soir	21%	Projet de suivi communautaire	37%
		Coordination	11%
		Projet de suivi communautaire*	_____
* Allocations non récurrentes <sup>2</sup>		% de l'enveloppe distribuée de façon récurrente <sup>3</sup>	100%

---

**COMITÉ AVISEUR SOUS-RÉGION CENTRE-OUEST**

Coordonnateur: C. MacFadden  
Budget global : 545 000 \$<sup>1</sup>

<b>Consolidation</b>		<b>Développement</b>	
Hébergement: Foyer de groupe	60%	Projet Suivi communautaire*	
App. supervisés		Coordination	2%
Groupes d'entraide	38%	% de l'enveloppe distribuée de façon récurrente <sup>3</sup>	_____
* Allocations non récurrentes			100%

---

**COMITÉ AVISEUR SOUS-RÉGION CENTRE-EST**

Coordonnateur: J.Y. Rheault  
Budget global : 503 000 \$<sup>1</sup>

<b>Consolidation</b>		<b>Développement</b>	
Milieu de jour et de soir	34%	Praticiens sociaux plan de services	15%
Hébergement: App. supervisés	20%	Coordination	10%
Foyer de groupe			
Centre apprentissage travail*			
Milieu de jour et de soir*		% de l'enveloppe distribuée de façon récurrente <sup>3</sup>	_____
Groupe d'entraide*			79%
* Allocations non récurrentes <sup>2</sup>			

---

**COMITÉ AVISEUR SOUS-RÉGION EST**

Coordonnatrice: Marie Charlebois  
Budget global : 896 784 \$<sup>1</sup>

<b>Consolidation</b>		<b>Développement</b>	
Hébergement:	66%	Praticiens sociaux plan de services	5%
		Coordination	6%
Milieu de jour et de soir*		Hébergement: Maison transition	23%
Entraînement au travail*		App. Psychiatrie/Justice	
		% de l'enveloppe distribuée de façon récurrente <sup>3</sup>	_____
			100%

1. «Budget global» incluant, dans ces tableaux, le budget de base et les contributions financières des C.S.S. et C.H. en 1986-87.
2. Non récurrent: ce terme signifie que ce montant ne revient pas. Une fois dépensé, il est épuisé et n'est pas renouvelé l'année suivante.
3. Récurrent: le terme récurrent signifie que ce montant, généralement indexé, revient année après année. Dans cette figure, les pourcentages inscrits concernent uniquement les sommes récurrentes.

ces existantes, de leurs besoins de consolidation et de leurs capacités de développement. Ainsi, une partie du financement disponible sert à assurer la récurrence des fonds aux projets déjà en place ou à les développer. Le reste du financement va à l'implantation de nouveaux projets sur une base récurrente et non récurrente, tel qu'illustré à la figure 3 pour l'année 1986-87.

**6. LES RÉALITÉS DES SOUS-RÉGIONS**

Ainsi, c'est durant les années 84-85 et 85-86, dans un climat qui exige des prises de décisions rapides et les plus rigoureuses possibles, que naissent les comités aviseurs. Autour de la table se retrouvent des promoteurs et des responsables de services déterminés à l'action, venant autant du milieu social, hospitalier que communautaire. Ils doivent ensemble faire équipe autour du coordonnateur, récemment arrivé lui aussi, et engager les sommes d'argent déjà disponibles, et attendues depuis longtemps, dans des projets de ressources.

Le rythme de développement de chaque sous-région est respecté. On tient compte de la dimension, du nombre et de la diversité des partenaires, de la langue, de la religion, des groupes ethniques, des

idéologies concernant les ressources intermédiaires ou alternatives.

Certaines ressources existantes, reconnues pour la pertinence de leurs services et leurs possibilités de développement, voient leur budget consolidé tandis que des ressources nouvelles sont développées pour couvrir des secteurs d'activités peu ou mal desservis, tel qu'illustré dans la figure 3.

Dans toutes les sous-régions, les services d'hébergement et les activités de soutien de jour et de soir prennent la majeure partie du budget. Les groupes d'entraide et les projets de suivi communautaire en prennent une autre partie. Enfin, l'équipe de coordination sous-régionale, comprenant coordonnateur et secrétariat et, dans trois sous-régions, des praticiens sociaux (plans de services), utilisent la dernière portion de l'enveloppe disponible.

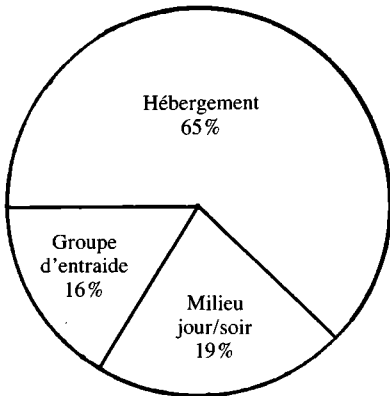
Cette équipe de coordination, qui a comme premier mandat le développement des ressources communautaires, se voit confier en 1986 le mandat supplémentaire d'implanter les centres de crise. Cet aspect ne sera pas développé ici, mais illustre les diverses possibilités de mandats sous-régionaux.

Ce survol régional ne représente pas vraiment la diversité des réalités locales. Voyons donc brièvement la situation au niveau de chacune des sous-régions.

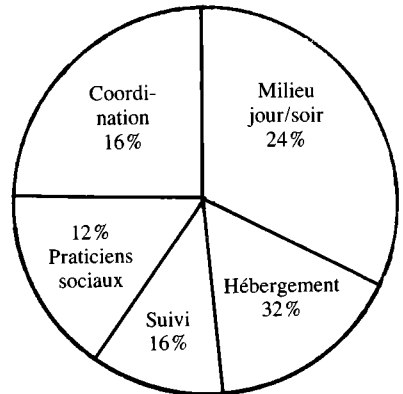
**FIGURE 4**  
*Synthèse pour la région 06-A*

Budget global: 2 964 783 \$

**Consolidation**  
Budget: 1 467 568 \$ (49,5%)



**Développement**  
Budget: 1 497 215 \$ (50,5%)



### a) Sous-région nord

Sous-région immense comptant plusieurs banlieues avec des populations relativement jeunes, elle couvre deux territoires de D.S.C. séparés par la rivière des Prairies. On n'y retrouve à peu près pas de ressources alternatives. L'hébergement, qu'il soit du type pavillon, foyer de groupe ou appartement supervisé, y est absent jusqu'à l'arrivée du comité aviseur. Seuls existent quelques groupes d'entraide et de parents, sur des bases bénévoles.

Toutes les activités et 100% du budget vont au développement de deux foyers de groupe, 80 appartements supervisés et d'un milieu de jour et de soir, ainsi qu'au maintien des activités de groupes d'entraide, de parents et de familles. Un nouvel organisme sans but lucratif, «IRIS», se forme à partir des membres du comité aviseur et amorce l'implantation des ressources d'hébergement.

Dans cette sous-région, les centres hospitaliers contribuent financièrement à l'enveloppe sous-régionale de développement des ressources communautaires. À ce jour, tous les projets sont en opération et ont suscité une concertation remarquable entre les partenaires des trois départements de psychiatrie des hôpitaux généraux, du C.S.S., des C.L.S.C. et des organismes communautaires.

### b) Sous-région sud-ouest

Constituée de deux territoires de D.S.C. et comportant des groupes anglophones importants, répartis dans plusieurs banlieues, elle se distingue par l'existence de plusieurs ressources alternatives déjà en place en 1984 et d'un centre hospitalier psychiatrique. Le comité aviseur est celui qui a la plus forte représentation communautaire de la région, soit 50% des membres votants.

La coordonnatrice y joue un rôle conseil dynamique, s'ajustant à la situation tout en stimulant le rythme de concertation de chaque territoire et la capacité de développement de chaque organisme. Dans cette sous-région, les organismes communautaires mettent l'accent sur la participation des usagers à la définition et à l'organisation des services dont ils ont besoin. Ils siègent généralement sur les conseils d'administration.

L'implantation des ressources a été relativement rapide, bien harmonisée avec les services déjà en place, et en collaboration avec le réseau. Le comité aviseur a pu particulièrement compter sur l'aide

et le soutien du C.H. psychiatrique. La répartition des ressources et leur financement s'est faite par territoire de D.S.C., en prévision de l'éventuelle division en deux sous-régions correspondants aux territoires de D.S.C.

### c) Sous-région centre-ouest

Petite géographiquement, multi-ethnique, située au coeur de la ville, cette sous-région comprend deux territoires de D.S.C. On y retrouve le réseau McGill, c'est-à-dire les six principaux hôpitaux anglophones affiliés à l'université McGill. S'y trouvent aussi deux Centres de services sociaux différents, soit le C.S.S.V.M. et le C.S.S. Juif à la famille.

La concertation dans cette sous-région remonte à plusieurs années de travail conjoint entre la Maison Les Étapes et les autres établissements et organismes. Cette ressource offre des services d'hébergement et de suivi, et des activités de jour et de soir depuis 25 ans sur ce territoire. Deux C.L.S.C. ont déjà une implication importante auprès de la clientèle psychiatrique depuis nombre d'années: les C.L.S.C. Métro et Côte-des-Neiges. Quatre vingt dix-huit pour cent (98%) du budget de la sous-région va à la consolidation de deux types de services déjà existants: l'hébergement et le soutien aux groupes d'entraide. Le coordonnateur y joue un rôle conseil et exerce un leadership stimulant. Il dirige également la Maison Les Étapes. Cette sous-région a développé des aptitudes de concertation et n'envisage pas de se scinder en deux entités correspondant aux territoires de D.S.C.

### d) Sous-région centre-est

Constituée du D.S.C. Saint-Luc et située au centre-ville, cette sous-région se caractérise par la présence de populations itinérantes à problèmes multiples, pour lesquelles il y a peu de services.

Le découpage géographique ne reflète pas nécessairement une communauté organisée et stable. Comme on y retrouve un terminus d'autobus, de nombreux restaurants et magasins, la population fluctue, augmentant le jour et diminuant la nuit. Ainsi, on y retrouve principalement un réseau d'activités de jour et de soir, tel que l'Atelier d'artisanat centre-ville et Pracom, et peu d'hébergement supervisé. C'est le phénomène contraire d'une banlieue.

Plusieurs ressources communautaires, telles que Le Chaînon et la Maison St-Jacques, existent déjà depuis plusieurs années, avec des liens de collaboration importants avec les C.H. Saint-Luc et Hôtel-Dieu. D'autres, existant à l'état embryonnaire, consolident et développent leurs services. Il y a également une ressource à vocation régionale: Suicide-Action.

Le travail conjoint interhospitalier, C.S.S., C.L.S.C., qui est nécessaire au soutien et à l'articulation de ces ressources avec le réseau, amène une concertation sous-régionale intéressante et fructueuse.

#### e) Sous-région est

La démarche de concertation, déjà amorcée dans cette sous-région au début des années 1980 par le C.S.S.M.M. et les centres hospitaliers, est sans doute à l'origine de la sous-régionalisation actuelle.

Sous-région très industrialisée et francophone, elle se caractérise au niveau des services par la présence de trois centres hospitaliers psychiatriques, soit les hôpitaux Louis-H.-Lafontaine et Rivières-des-Prairies, et l'Institut Philippe-Pinel, ainsi qu'un centre d'accueil et d'hébergement à prédominance psychiatrique, Pierre-Joseph Triest. On y retrouve des développements communautaires de tout ordre, implantés depuis longtemps, surtout des pavillons et des familles d'accueil en grand nombre. La désinstitutionnalisation amorcée depuis les années 1960, s'est développée à partir de professionnels oeuvrant dans ces centres, avec des objectifs semblables à ceux des comités aviseurs d'aujourd'hui. Plus récemment, c'est dans cette sous-région que s'implante avec l'aide de l'Institut Philippe-Pinel une première provinciale, la ressource L'Intervalle. Elle offre un programme de réinsertion sociale pour une clientèle psychiatrique judiciarisée, avec des activités d'hébergement, de loisir et de travail.

Une difficulté propre au comité aviseur de cette sous-région fut celle d'avoir à composer avec ces approches différentes quant au développement des ressources communautaires. Doivent-elles être développées exclusivement par les centres hospitaliers psychiatriques, par le C.S.S. ou conjointement C.H./C.S.S., ou encore sous forme de corporations sans but lucratif, financées et évaluées par le comité aviseur de la sous-région? Toutes ces façons de faire coexistent présentement, et l'effort porte maintenant

sur la concertation et la complémentarité plus que sur une bataille de juridiction et d'exclusivité pour le développement des ressources.

## 7. PROBLÈMES ET ENJEUX

Dans l'ensemble des sous-régions, la majeure partie des objectifs visés dans le développement des ressources communautaires ont été atteints d'une façon satisfaisante sauf, pour deux d'entre eux:

- l'approche plan de service individualisé;
- la prospective de développement communautaire dans chaque sous-région.

Les objectifs réalisés ont été atteints dans le cadre de l'enveloppe financière disponible. Ils n'ont pu créer cependant qu'une gamme minimale, insuffisante, de services communautaires. Il faudrait pouvoir parler d'engorgement des ressources communautaires de façon aussi spectaculaire qu'on a pu le faire récemment pour les services d'urgence hospitaliers.

### Plan de service individualisé

L'implantation de cette approche reste encore à faire. Elle fera partie d'une autre phase de travail dans les sous-régions. Plusieurs problèmes surviennent:

- confusion entre plan d'interventions, plan de soins, plan de services;
- manque d'instruments de travail;
- peu de personnes formées à cette approche;
- coûts importants impliqués.

Des enjeux sont également présents: qui doit avoir la responsabilité de la coordination du plan de services? Quelle clientèle doit être prioritaire?

### Prospectives de développement communautaire

Comment évaluer les besoins en ressources communautaires si ce n'est à partir des besoins de personnes? Des plans de services? De la connaissance encore à parfaire des réseaux communautaires, des populations locales? Qui seront les maîtres d'oeuvre du développement des ressources? Les centres hospitaliers psychiatriques en réclament la responsabilité pour leur territoire puisqu'en bonne partie, il s'agit d'une transformation de leurs ressources actuelles. leurs plans de désinstitutionnalisation en sont encore à leurs premières ébauches. Ils sont cependant de plus en plus ouverts à partager leur ex-

pertise avec les comités aviseurs sous-régionaux. De quelles ressources communautaires s'agit-il? Doit-on inclure les familles d'accueil et les pavillons? Ces ressources, qui dépendent d'établissements comme les C.S.S., C.A et C.H. psychiatriques, doivent-elles s'impliquer dans une planification sous-régionale?

Quelle est la responsabilité du C.S.S. dans l'implantation des ressources? Doit-il être le mandataire exclusif de l'hébergement ou plutôt un partenaire pour tout ce qui est socio-communautaire, comme la tendance prévaut maintenant dans les sous-régions de Montréal?

Quel doit être le rôle et la responsabilité des organismes communautaires, des familles, des communautés? Les réponses proposées coïncident-elles avec les solutions espérées par le réseau public? Comment allier le travail des professionnels avec celui des aidants naturels? Jusqu'à où les C.L.S.C. seront-ils impliqués? Cette année à Montréal, quatorze C.L.S.C. auront une équipe de base en santé mentale.

Un réseau privé de services est déjà en place (pavillons, familles d'accueil, corporations sans but lucratif) et fonctionne à contrat avec le réseau public. Doit-on poursuivre une association public-privé dans ce secteur d'activités? Faut-il redéfinir les règles du jeu?

Enfin, dans toute cette entreprise d'orchestration des transformations et d'intégration des ressources publiques et privées, institutionnelles et communautaires, pour de meilleurs services aux clients, comment les équipes de recherche s'impliqueront-elles? Condamneront-elles les bureaucrates/technocrates de leur tour d'ivoire, ou vice-versa, ou pourrions-nous arriver à nous éclairer mutuellement pour une gestion plus souple, systémique et créatrice des services, qui soit axée davantage sur les besoins des consommateurs? Jusqu'à où pourront-elles nous amener dans une définition plus juste des objectifs de recherche, une définition qui sache mieux répondre aux problèmes concrets?

### **Perspective d'action**

L'implantation des ressources communautaires a entraîné une première phase de sous-régionalisation des services de santé mentale à Montréal. C'est un processus complexe et dynamique, qui devra se poursuivre dans les années à venir avec des objec-

tifs précis et l'évaluation continue des résultats obtenus. Il sera cependant tributaire du degré de régionalisation consenti par le M.S.S.S.

Quatre champs d'action apparaissent essentiels et nécessiteront l'implication des comités sous-régionaux.

#### **a) LE DÉVELOPPEMENT DES SERVICES COMMUNAUTAIRES**

Le développement d'un réseau intégré de ressources d'hébergement, de réadaptation, de réinsertion et de maintien dans la communauté devra être accentué dans les années à venir. L'implication des C.L.S.C. au niveau des services de première ligne et du maintien à domicile devra s'amplifier, ainsi que l'intervention de crise et de dépannage actuellement en implantation. Enfin, le processus de désinstitutionnalisation doit être poursuivi.

#### **b) L'ACCESSIBILITÉ À UN RÉSEAU DE SERVICES DIVERSIFIÉS**

Un fort pourcentage des plaintes reçues au C.R.S.S.S. porte sur les difficultés d'accès aux services de santé mentale. Cette accessibilité doit être améliorée non seulement aux services hospitaliers mais aussi, à un ensemble de services diversifiés sur le plan sous-régional et sur le plan régional, aux services plus spécialisés, disponibles seulement à quelques endroits à Montréal. Les principaux services visés sont: les services communautaires d'hébergement de support et de suivi, les services de première ligne dans les C.L.S.C., les services de pédopsychiatrie et de santé mentale jeunesse et les services de soins prolongés.

#### **c) LA CONTINUITÉ ET LA COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES**

Les efforts de concertation de ressources communautaires dans les sous-régions, déjà bien amorcés autour des projets de développement devront aussi porter sur la collaboration entre établissements et organismes, afin d'assurer la continuité et la complémentarité des services. Ils devront viser aussi une meilleure utilisation des ressources et possiblement envisager des projets de réaménagement et de transformation des ressources hospitalières existantes.

Le concertation devra se faire entre les partenaires de la sous-région pour les services locaux, mais elle devra aussi se faire avec les partenaires d'au-

tres sous-régions pour certains services régionaux et pour assurer la continuité des services à la clientèle d'une sous-région à l'autre.

#### d) L'ÉVALUATION

Deux domaines devront être évalués: l'impact des ressources communautaires sur les clientèles et les organisations et l'influence du processus de sous-régionalisation sur les organisations et les services. Deux formules devront être envisagées: l'évaluation extérieure et l'évaluation par l'intérieur, pour donner une orientation au développement.

### CONCLUSION

Le système des soins de santé mentale au Québec tend depuis les vingt-cinq dernières années à se diversifier, à se régionaliser et à se sous-régionaliser.

Les rapports Bédard et Castonguay-Nepveu ont balisé cette évolution. Le premier en établissant des paramètres d'organisation des soins, encore valables en 1986 et dont une bonne partie reste à actualiser; le second en intégrant les services de santé mentale dans le réseau global socio-sanitaire axé cependant davantage sur un modèle de soins physiques.

Le comité Harnois, responsable de l'élaboration en cours d'une politique de santé mentale, doit relever le défi de bien situer et articuler les services de santé mentale. Il faudra non pas créer un réseau parallèle de soins mais baliser les orientations et définir les conditions de succès d'un réseau de soins spécifiques dans un système socio-sanitaire intégré.

Les principes philosophiques et le cadre d'organisation retenu devront souligner la spécificité de ce

type de soins, identifier et promouvoir les transformations nécessaires dans le réseau actuel. Il devra s'inspirer, tout en l'encourageant, de l'expérimentation, de la diversité et de l'action locale.

#### RÉFÉRENCES

- BÉDARD, D., 1962, *Rapport Bédard*: Rapport de la commission d'étude des hôpitaux psychiatriques, Gouvernement du Québec.
- A.H.P.Q., 1984, *La santé mentale, reflet de la réalité sociale*, Montréal.
- BERGERON, D., CANTIN, L., 1986, Pour une nouvelle approche clinique de la psychose, *Santé mentale au Québec*, XI, n° 1, 149-172.
- BRUNELLE, R., MARSOLAIS, G., 1986, Le débat au sein de la C.S.N. sur l'organisation de la santé mentale, *Santé mentale au Québec*, XI, n° 1, 124-132.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1985, *De la biologie à la culture*, Gouvernement du Québec, Québec.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1985, *La santé mentale, Rôles et place des ressources alternatives*, Gouvernement du Québec, Québec.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1986, *Sortir de l'asile? Des politiques et des pratiques en pays étrangers*, Gouvernement du Québec, Québec.
- LAMONTAGNE, Y., 1985, *L'ampleur des maladies mentales au Québec*, Québec Science, Québec.
- THI HONG TRANG DAO, 1986, Tribune libre: Cartes sur table avec Carlo Sterlin, *Santé mentale au Québec*, XI, n° 1, 66-74.

#### SUMMARY

The network of mental health services is constantly in movement. From a relatively simple model it has become a complex service with a multiple ideology, its results are indetermined and have now to be revised. While commenting on the elaboration of a politic in mental health, the authors describe an experience where the mental health services in a Montreal region were diversified and reorganised in sub-regions. They then give an idea of the situation, the arms hoped for, the organisational mode, and the sub-regions; the main problems encountered are identified as well as the stakes and the areas of action. They uncover the particularities and the different realities that are the mainstay of the Greater Montreal.