Document generated on 04/19/2024 2:32 a.m.

Santé mentale au Québec

Quelques réflexions en marge du congrès d'orientation du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ)

Yves Lecomte

Volume 16, Number 1, Spring 1991

Aspects de la dynamique conjugale

URI: https://id.erudit.org/iderudit/032200ar
DOI: https://doi.org/10.7202/032200ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this document

Lecomte, Y. (1991). Quelques réflexions en marge du congrès d'orientation du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ). *Santé mentale au Québec*, *16*(1), 7–15. https://doi.org/10.7202/032200ar

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1991

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

PRÉSENTATION

Quelques réflexions en marge du congrès d'orientation du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ)

Yves Lecomte*

Depuis l'annonce de la politique de santé mentale en janvier 1989, les ressources alternatives connaissent une période transitoire. Les projets gouvernementaux issus de cette politique (Plans régionaux d'organisation de services: PROS) ont exigé la mobilisation de toutes les ressources du RRASMQ afin de concrétiser leurs nouveaux acquis. Cette mobilisation a été telle que les ressources alternatives semblaient être devenues «affairistes», et s'acheminer vers la transformation de leur regroupement en une «chambre de commerce» de la santé mentale, au lieu d'être le «mouvement social qui cherche à changer la pratique psychiatrique, voire à révolutionner les rapports existant actuellement entre les usagers et les soignants au sein de notre système de santé» (Guertin et Lecomte, 1983, 4).

Heureusement, la convocation au congrès d'orientation de février 1991 met fin à cette période de transition. Les ressources alternatives se sont fixé des objectifs: se redéfinir en fonction du nouveau contexte socio-politique et se donner une structure administrative qui réponde aux aspirations des nombreux groupes qui se sont joints au regroupement au cours des ans. Ces objectifs dénotent le souci de relancer le mouvement alternatif sur de nouvelles bases.

* L'auteur, m.a., m.ps., est thérapeute à la clinique externe de psychiatrie de l'hôpital St-Luc. Il remercie messieurs Yvon Lefebvre et Paul Morin pour leurs commentaires.

Le congrès d'orientation de février 1991

Le congrès a réuni durant deux jours environ 250 intervenant(e)s et usager(e)s des 72 ressources membres. L'atmosphère et l'enthousiasme des participant(e)s dénotaient leur désir de s'engager dans une nouvelle lutte pour faire avancer la cause des usager(e)s. Quels ont été les résultats de cette rencontre?

Les ressources alternatives en 1991

Malgré une excellente préparation et une organisation bien rodée, les participant(e)s n'ont pas su redéfinir l'alternative de 1991, réaffirmant plutôt les valeurs communautaires dont se réclament depuis leur création les ressources alternatives. Selon l'avis du Comité de la Santé mentale du Québec (1985), ces valeurs se formulent autour de trois enjeux: 1) l'engagement des personnes (aidants naturels) et des groupes issus du milieu permet de rejoindre les psychiatrisé(e)s dans leur milieu de vie naturel. Grâce à l'entraide, au soutien mutuel et à l'accompagnement, les usager(e)s continuent d'être intégré(e)s dans leur milieu. 2) Ces dernier(e)s doivent participer à la définition et à la satisfaction de leurs besoins. 3) Enfin, les ressources alternatives favorisent une adaptation rapide au changement des besoins, une dimension restreinte de leur structure, ainsi que la promotion et la défense des droits des usager(e)s.

En dépit du changement des intervenants, de la prolifération et de la diversité des ressources alternatives depuis quelques années, le réseau alternatif est capable de transmettre ses valeurs fondamentales aux nouvelles générations d'usager(e)s et d'intervenant(e)s, démontrant ainsi que la culture alternative existe et perdure.

La place faite aux usager(e)s fait partie de cette culture. Leurs interventions sont écoutées, acceptées et intégrées dans l'ensemble des discussions, même si elles ne sont pas à l'ordre du jour. Et leur ascension à la présidence du RRASMQ est réelle comme dans aucun autre réseau du secteur public.

Toutefois, ce partage de pouvoir trouve ses limites dans les rencontres informelles, durant lesquelles les rapprochements naturels et spontanés se font entre les membres de mêmes groupes. Malgré ces restrictions, un tel niveau de rapprochement usager(e)s-intervenant(e)s ne se retrouve nulle part ailleurs.

Les échanges entre les congressistes ont encore révélé l'ambivalence des ressources alternatives vis-à-vis le pouvoir, et leur crainte de se retrouver dans une position de leadership soumis au

regard critique du réseau institutionnel. La honte d'assumer le pouvoir est encore présente chez les ressources alternatives.

La méfiance à l'égard du réseau institutionnel demeure très présente dans le milieu des ressources alternatives. Par le biais des structures intermédiaires, celles-ci soupçonnent le réseau de vouloir maintenir son hégémonie sur les ressources humaines et financières consacrées à la santé mentale.

Enfin, les communautés ethniques sont encore absentes des congrès du RRASMQ. Les rejoindre et les intégrer dans le Regroupement devrait être un objectif pour les responsables durant les prochaines années.

Les hypothèses de restructuration

Les trois hypothèses de structuration, élaborées au cours d'un processus de consultation des groupes membres, reflètent les différents modèles socio-politiques de fonctionnement organisationnel actuellement à la mode.

Ces trois hypothèses sont: 1) une structure améliorée qui réaffirme le partage de pouvoir égal entre les intervenant(e)s et les usager(e)s; 2) une fédération de ressources divisée en trois tables sectorielles (entraide, services et droits) en conformité avec l'orientation du MSSS; 3) et une confédération des 13 régions administratives du Québec dans une optique de décentralisation extrême.

Afin de favoriser l'unité nationale du mouvement, et de ne pas se définir en fonction des services énumérés dans les PROS, la plupart des congressistes ont favorisé la première hypothèse. Cette structure améliorée suppose: 1) la composition d'un conseil d'administration de 8 groupes membres (4 d'usager(e)s et 4 d'intervenant(e)s), avec une représentation plus équitable des régions du Québec[1]; 2) la représentation obligatoire des groupes d'usager(e)s par des usager(e)s; et 3) la convocation au moins une fois par an des trois principaux types de ressources. Pour reprendre une expression populaire, les membres ont opté pour la continuité dans le changement.

Les nouveaux enjeux en santé mentale

Les politiques de santé mentale et de santé créent un nouveau contexte socio-politique dans lequel les réseaux public et alternatif devront évoluer. Pour chacun des deux réseaux, les objectifs et les enjeux deviennent complexes et exigeants. Parfois manifestes, par-

fois latents, ceux-ci auront, durant la prochaine décennie, une influence déterminante sur l'avenir de ces réseaux et sur leurs relations l'une avec l'autre.

Les enjeux du réseau public

Dans ses politiques, le gouvernement réaffirme sa volonté de maintenir le monopole du réseau public en santé mentale, tout en soumettant son développement aux impératifs «du financement du déficit de l'État» (Gélineau et Renaud, 1991).

Ce choix politique représente un véritable nœud gordien: comment satisfaire des besoins en santé mentale de plus en plus nombreux avec une marge de manœuvre financière réduite, d'année en année, par un déficit gouvernemental grandissant?

Alors que le gouvernement cherche encore sa voie dans le secteur de la santé, un début de solution est apporté dans le secteur de la santé mentale sous le couvert de deux mécanismes: 1) accroître le financement du secteur communautaire par rapport au secteur public, et 2) modifier le modèle de gestion.

Par le premier mécanisme, l'État tente de financer le secteur communautaire par l'injection de nouveaux fonds ou par la réallocation de fonds déjà engagés, par exemple en réaffectant des budgets du secteur asilaire vers le secteur communautaire. L'État fait le calcul suivant: 1) qu'en injectant un montant x dans les ressources communautaires, elles fourniront les mêmes services que le secteur public mais à un coût moindre; 2) et/ou le réseau communautaire cherchera un financement complémentaire en partie privé pour combler ses besoins. Ce raisonnement se confirme puisque, durant l'année 1989-90, 36.83 % des subsides reçus par les ressources alternatives proviennent d'autres sources que le MSSS (RRASMQ, 1991). Par ce mécanisme, l'État espère maximiser le rendement social de ses investissements financiers.

Le deuxième mécanisme est l'amélioration de l'efficacité des services publics par une gestion renouvelée. Ainsi, à la gestion des services basée sur la division sociale du travail en fonction de catégories professionnelles, le gouvernement explore de nouveaux modes de gestion dont certains s'inspirent d'une forme de division *technique* du travail. Comme dit de Coster (1990), cette «division technique du travail ne coïncide ni avec une branche d'activité économique, ni avec une profession, ni avec un métier: elle s'identi-

fie à une division de la besogne à l'intérieur d'un métier, d'une profession ou d'une entreprise en tâches *parcellaires.*» (p. 155).

Adapté au secteur de la santé mentale, ce modèle de gestion trouverait sur le plan thérapeutique une réponse avec la réadaptation, alors que les systèmes PRN (Projet de recherche en nursing pour évaluer la quantité de soins dont a besoin le bénéficiaire) et SIRAC-DOF (Système d'Information Reliant les Activités Cliniques aux Données Opérationnelles et Financières) en voie d'exploration pourraient être des exemples sur le plan gestionnaire.

Les enjeux du réseau alternatif

Le réseau se transforme depuis quelques années. Nouvelles et nouveaux intervenant(e)s, nouveaux groupes, diversité des approches sont autant de facteurs qui créent en leur sein de nouvelles conditions socio-politiques. Parmi ces divers facteurs, deux semblent particulièrement importants: les notions de responsabilité collective et individuelle, et la montée du professionnalisme.

Durant le congrès de février 1991, les échanges entre les congressistes ont laissé transparaître une vision plus psychologisante qu'auparavant des problèmes de santé mentale.

Ce discours psychologique, encore minoritaire, vient confirmer qu'un changement de perspective est en cours dans les alternatives. Il pose un nouvel enjeu qui peut se formuler ainsi: ce discours viendra-t-il enrichir les modèles d'intervention des ressources alternatives, ou renforcera-t-il au contraire la montée des valeurs individualistes de la société, au détriment d'une action sur les conditions socio-économiques à l'origine de nombreux problèmes?

Un autre changement observé dans certaines ressources alternatives est la montée du professionnalisme, facilitée par la politique d'embauche restrictive des professionnels dans le secteur public.

À la fin des années 70, les ressources alternatives recrutaient surtout des paraprofessionnel(le)s ou des militants psychiatrisé(e)s. Les avantages sociaux reliés à l'emploi et la rémunération étaient minimaux. Au lieu des connaissances théoriques, l'expérience et la personnalité étaient les qualités déterminantes. Mais au fur et à mesure du développement des ressources alternatives, la composition des intervenant(e)s s'est modifiée.

Ainsi, en 1986, une enquête auprès d'un échantillon de 104 intervenant(e)s a révélé que 32 intervenant(e)s étaient autodidactes, 25 avaient un diplôme collégial et 47 avaient fait des études univer-

sitaires. Leur expérience de travail était de 4 ans et la moyenne d'âge des intervenant(e)s, de 33 ans. Dans 19 ressources, 13 offraient un salaire de 20000 $ et moins, et seulement 7 ressources avaient une assurance-salaire. Depuis lors, les conditions de travail se sont améliorées et le nombre de professionnel(le)s a augmenté.

Un autre indice de cette progression du professionnalisme se retrouve dans les revendications reliées aux conditions de travail. Ainsi, 75 % du salaire du réseau public est devenu l'objectif de rémunération, le 25 % restant étant considéré comme une contribution au bénévolat de la ressource.

Cette montée du professionnalisme est facilitée par les conditions d'embauche de certaines ressources, qui demandent maintenant un diplôme universitaire. Cette exigence accroîtra sûrement l'influence des professionnel(le)s, et accentuera le mouvement centripète vers la défense des avantages sociaux des travailleurs et travailleuses.

Même si cette présence accrue des professionnels est encore minoritaire (la majorité des ressources connaissent des difficultés de financement et recrutent des bénévoles ou des paraprofessionnel(le)s comme employé(e)s), elle est en train de constituer un enjeu majeur. Elle risque en effet de modifier profondément le discours étiologique des problèmes de santé mentale, les modes d'action en cours et le partage actuel du pouvoir entre les usager(e)s et les intervenant(e)s.

La stratégie des ressources alternatives envers le réseau public

Face aux enjeux du réseau public, les ressources alternatives ont réagi en fonction de leur enjeu essentiel: assurer leur survie financière. Elles ont ainsi adopté la voie de la stratégie conciliante: se faire reconnaître par les régies régionales comme groupes de défense des droits, groupes d'entraide et groupes de services.

La justification de ce choix semble la suivante. Comme la clientèle des ressources alternatives vit sous le seuil de pauvreté, les ressources n'ont d'autre choix que de recevoir des subsides publics, d'autant plus que la plupart des fondations privées donnent des subventions non récurrentes ou pour une courte période de temps. Les ressources alternatives décident donc de s'inscrire dans une des trois catégories gouvernementales, tout en développant leur stratégie face au processus d'évaluation auquel veut les soumettre le gouvernement. Cette évaluation est un autre enjeu majeur pour les res-

sources alternatives car elle concerne l'autonomie de leur philosophie et de leurs modalités d'intervention.

Au-delà de la stratégie des ressources alternatives

Au-delà de cette stratégie de survie, les ressources alternatives devront débattre dans les prochains mois des enjeux sous-jacents à leurs relations avec le réseau public, dont deux attirent l'attention.

La politique de gestion

Lors de leur congrès, les ressources alternatives ont opté pour une structure administrative qui ne repose pas sur une division de services[2]. Elles ont pris leurs distances face à la politique de l'État de les insérer «dans un processus de continuité et de complémentarité de soins et de services» (Guertin et Lecomte, 1983, 4).

Les ressources alternatives ont senti que cette logique risquait de perturber leur mouvement et de le faire dévier de ses objectifs initiaux, si elles devenaient simplement complémentaires du réseau public.

Les risques auraient été les suivants: se compartimenter afin de satisfaire les besoins du réseau public, et non plus les besoins des usager(e)s; définir le système de santé par le haut de la pyramide et non plus par la base; perdre pour les ressources la dialectique créatrice engendrée par la confrontation de diverses finalités; éloigner celles-ci de leur philosophie de contestation du réseau public; changer d'allégeance par la transformation de leur désir de modifier le système en un désir de faire valoir leurs services spécifiques, au détriment d'une solidarité avec leurs anciens partenaires.

Les éléments d'un réseau autonome

Par sa politique de financement des ressources communautaires et l'amélioration de son modèle de gestion, l'État est en train de poser les jalons d'un réseau concurrentiel au réseau de santé mentale dans certains secteurs traditionnellement dévolus au réseau public: la réinsertion sociale et ses divers aspects dans la vie quotidienne.

En effet, l'État a besoin de développer de nouvelles avenues pour satisfaire les besoins psychosociaux de la population surtout celle qui est démunie, car les plus aisés peuvent toujours trouver satisfaction dans le réseau privé. Comme ces nouvelles avenues doivent être économiques, elles se fonderont sur les réseaux naturels

des usager(e)s. Le réseau communautaire devient alors le réseau tout désigné pour représenter cette avenue.

Pour ces raisons, l'État finance les ressources communautaires mais à certaines conditions, afin de ne pas perdre son contrôle sur les services de santé. Aussi exige-t-il que les ressources se définissent selon les critères du réseau public, s'engagent dans un processus d'évaluation de leurs services, et respectent les autres critères administratifs et légaux édictés. De plus, il classe toutes les ressources issues de la communauté, dont les ressources alternatives, sous le vocable «communautaire». Ce faisant, il insiste sur la valeur de leurs services et sur leur capacité de dynamiser le réseau public, mais fait silence sur leur potentiel de contestation (surtout celui des ressources alternatives), et sur leur capacité de devenir une véritable alternative au réseau public. Pour les ressources alternatives, les règles du jeu sont claires: l'État veut bien les reconnaître et les financer, pour autant qu'elles mettent au second plan leur potentiel alternatif.

Le nœud gordien des ressources alternatives devient le suivant: comment être conforme à leurs objectifs initiaux et satisfaire en même temps les besoins étatiques? La réponse pourrait se trouver dans la revendication *d'une véritable alternative psychosociale, sous forme d'un réseau autonome en santé mentale.*

Officiellement, l'État veut des ressources communautaires complémentaires. Mais officieusement, ces ressources sont jusqu'à un certain point concurrentielles du réseau public en termes d'efficacité et de coûts. Les ressources alternatives pourraient pousser cette logique au bout et concevoir *un réseau autonome en santé mentale*, réseau qui réaliserait la réinsertion sociale des patients psychiatriques, et se financerait par des subsides étatiques, coopératifs et privés.

Au lieu de se définir par une distanciation du réseau public, les ressources alternatives devraient déterminer davantage la spécificité culturelle de leur pratique, aux plans thérapeutique et gestionnaire, dans le champ de la réinsertion sociale. Cela permettrait de proposer une véritable alternative à l'institution médicale (cf White et Mercier, 1989) et au modèle de gestion des services en voie d'exploration dans le réseau public (cf Corin et al., 1990).

Ce réseau autonome alternatif développerait un projet de vie socio-politique et économique qui permettrait aux défavorisé(e)s de vivre une vie autonome aux plans psychique et social, et qui serait conforme à leurs valeurs et à leurs capacités. Ce serait une forme de vie alternative aux valeurs de l'individualisme, de la poursuite de la

richesse matérielle et de la réussite à tout prix tant valorisées par la société néo-capitaliste, et qui influencent les politiques gouvernementales de la santé.

À l'heure où les images mythiques néo-libérales se fissurent (Foglia, 1991; Allard, 1991), et où se manifestent les effets délétères des politiques de rentabilité économique à tout prix (Conseil des Affaires sociales et de la famille, 1989), les ressources alternatives devraient s'associer aux autres forces communautaires pour développer un projet de société alternatif, dans lequel *Les Damnés de la terre* (Fanon, 1961) auraient une qualité de vie économique, relationnelle et personnelle qui dépasserait celle que leur offre notre société.

NOTES

1. Lors du congrès annuel du RRASMQ, en juin 1991, le nombre de groupes membres à la table provinciale a été porté à 9 groupes. Cinq groupes d'usager(e)s y siègent.
2. En conformité avec ce choix, le Regroupement tiendra un congrès spécial, cet automne, sur la pertinence d'obtenir un financement global pour la ressource au lieu d'un financement par services.

RÉFÉRENCES

ALLARD, C.M., 1991, Du plomb dans l'aile, Pourquoi?, *La Presse*, 13 avril, A8.

Comité de la santé mentale du Québec, 1985, *Rôles et place des ressources alternatives*, Gouvernement du Québec, Québec.

Conseil des Affaires sociales et de la famille, 1989, *Deux Québec dans un*, Gaëtan Morin, Montréal.

CORIN, E. E., BIBEAU, G., MARTIN, J.C., LAPLANTE, R., 1990, *Comprendre pour soigner autrement*, PUM, Montréal.

DE COSTER, M., 1990, *Introduction à la sociologie*, De Bœck Université, Bruxelles.

FANON, F., 1961, *Les damnés de la terre*, Maspéro, Paris

FOGLIA, P., 1991, Monsieur Malenfant, *La Presse*, 25 mai, A5.

GÉLINEAU, G., RENAUD, M., 1991, Le chantage des médecins, *Le Devoir*, 7 juin.

GUERTIN, M., LECOMTE, Y., 1983, Structures intermédiaires ou alternatives?, *Santé mentale au Québec, IX*, no. 1, 3-6.

RRASMQ, 1991, *Étude sur les sources de financement des Ressources alternatives en santé mentale (groupes membres du RRASMQ) pour la période de 1987 à 1990*, Montréal.

WHITE, D., MERCIER, C., 1989, Ressources alternatives et structures intermédiaires dans le contexte québécois, *Santé mentale au Québec, XIV*, no 1, 69-80.