

# La délicate cohabitation du communautaire et de l'institutionnel en santé mentale

## Entrevue avec le ministre Marc-Yvan Côté

Henri Dorvil et Jean Gagné

Volume 5, numéro 1, printemps 1992

Santé mentale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/301154ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/301154ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (imprimé)

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Dorvil, H. & Gagné, J. (1992). La délicate cohabitation du communautaire et de l'institutionnel en santé mentale : entrevue avec le ministre Marc-Yvan Côté. *Nouvelles pratiques sociales*, 5(1), 7–23. <https://doi.org/10.7202/301154ar>



## La délicate cohabitation du communautaire et de l'institutionnel en santé mentale

*Entrevue avec le ministre Marc-Yvan Côté*

*Henri DORVIL  
Département de travail social  
Université du Québec à Montréal*

*Jean GAGNÉ  
Coordinateur  
Maison Saint-Jacques*

La présente entrevue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux a été faite le 9 décembre 1991 à Québec par Henri Dorvil et Jean Gagné qui sont responsables du dossier sur la santé mentale publié dans ce numéro.

**NPS** – *Monsieur le Ministre, cet automne ce sera votre deuxième anniversaire comme ministre de la Santé et des Services sociaux. À cette occasion, nous voudrions obtenir l'heure juste concernant votre réforme dans le domaine de la santé mentale.*

*Pour situer l'entrevue, nous croyons utile de fournir quelques points de repère historiques. Tout d'abord, il faut dire qu'il n'y a pas une longue tradition asilaire au Québec. Il y a deux hypothèses sur la fondation du premier asile au Québec, et la plus récente, celle de André Cellar et de Dominique Nadon, considère le Montreal Lunatic Asylum comme étant le premier asile au Québec. Sa construction a été achevée en 1838, durant la rébellion des Patriotes, sur le site de la pris on commune au pied du courant (angle des rues Notre-Dame et De Lorimier). Cet asile servit à l'incarcération de plusieurs centaines de prisonniers politiques de l'insurrection de 1837-1838 et ouvrit ses portes aux aliénés le 1<sup>er</sup> novembre 1839. La seconde hypothèse, la plus courante, voit plutôt dans l'asile de Beauport (près de la ville de Québec) la première institution asilaire permanente. Cet asile ouvrit ses portes en 1845 dans une ancienne écurie rénouvée.*

*Mais, quelle que soit l'hypothèse retenue, ce n'est que 30 ans après que les Canadiens français ont décidé d'envoyer leurs fous à l'asile. Tout d'abord, l'asile de Beauport (appelé par la suite St-Michel Archange, puis Robert Giffard) était la propriété privée du major Douglas. Pour des raisons ethniques et religieuses, les Canadiens français ne voulaient pas envoyer leurs malades chez les Anglais. Les structures communautaires, paroissiales et villageoises (la famille, le rang, le système de dotation) du Canada français constituaient un filet protecteur autour du patient psychiatrique, du déficient intellectuel, du vieillard et d'autres personnes dépendantes.*

*Vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les asiles, alors sous la houlette des religieuses, ont commencé à accueillir des fous. Durant près de 75 ans, les religieuses se sont occupées des personnes démunies de toute sorte. L'année 1960 marque l'amorce d'une lutte de pouvoir entre une nouvelle élite francophone (les psychiatres), formée aux États-Unis et en Europe, et les religieuses. Les médecins gagnèrent cette lutte haut la main. Ils soutenaient que la folie n'est pas un don ou une punition de Dieu, mais bien une maladie comme les autres et qu'ils étaient capables de la guérir. Vous vous souvenez de cet engouement occasionné par la découverte des neuroleptiques. Si ces médicaments combattent efficacement les symptômes actifs comme l'agitation, le délire, les hallucinations et permettent un retour de la personne dans la communauté, ils sont sans effet sur les*

*symptômes passifs comme le retrait social, la non-communication. En outre, ils entraînent des effets secondaires pervers comme la dyskinésie tardive.*

*Pendant les 75 ans où il n'y avait que l'asile comme solution à cette forme de marginalité, la société s'était transformée. De patriarcale et d'étendue, la famille est devenue nucléaire sous la poussée conjointe de l'industrialisation et de l'urbanisation. Le filet protecteur, dont on parlait plus tôt, s'était dissous comme un organe non utilisé. En même temps, la norme bourgeoise de la distance s'est affirmée, les préjugés à l'égard du malade mental se sont installés au sein de la communauté. C'est dans ce contexte que « les fous crient au secours » et remettent l'asile en question. Depuis lors, on a commencé à les retourner dans la communauté.*

*Donc ce n'était pas une surprise si, au milieu des années 70, le Ministère diagnostique un demi-succès de la psychiatrie communautaire : 75 % des admissions en psychiatrie sont en fait des cas de réadmissions. C'est le syndrome de la porte tournante. Le Ministère s'est accordé une pause pour faire le tour des lieux avant de lancer sa politique de désinstitutionnalisation. De là surgissent les différents avis du Comité de santé mentale de 1981 à 1986, les voyages d'études, les comptes rendus de recherche, le Rapport Harnois, le Rapport Rochon, l'énoncé de politique de la santé mentale. Un diagnostic commun ressort toutefois :*

- Discontinuité des soins dans le réseau, services compartimentés, voire concurrentiels.*
- Blocage du système pris en otage par les groupes d'intérêt.*
- Reconnaissance de l'importance des ressources communautaires.*

*Nous allons vous interroger sur les correctifs que votre ministère se propose d'apporter à cette problématique. Nous aimerions, tout d'abord, vous faire faire un tour du propriétaire, ensuite vous demander de situer la mise en place de programmes régionaux de services en santé mentale (les PROS) et, enfin, vous demander de définir la place du communautaire dans la réforme Côté, puisqu'elle a été privilégiée non seulement dans le Rapport Harnois et le Rapport Rochon, mais aussi dans la nouvelle politique de santé mentale.*

**MYC** – Je préfère peut-être que vous y alliez de vos propres questions, parce que votre entrée en matière est assez extraordinaire sur le plan historique... Je n'ai pas encore trouvé un fonctionnaire qui ait réussi à résumer l'historique des services de santé mentale de cette manière-là. Je trouve cela assez extraordinaire ! (rires)

**NPS** – *On s'entend généralement pour considérer la nouvelle politique de santé mentale du Québec adoptée en 1989 comme étant le prototype de toute la réforme. Étant entendu que l'une des critiques la plus percutante que l'on ait adressée à notre système sociosanitaire demeure celle de son inertie causée par les luttes intestines que s'y livrent ses différents acteurs (corporations professionnelles, administrations, syndicats, etc.), peut-on dire qu'aujourd'hui l'exercice de mise en place de cette politique de santé mentale ait tracé la voie à un déblocage?*

**MYC** – Je pense que la politique de santé mentale a quand même fait déblocuer un certain nombre de choses. La politique de santé mentale a été rédigée à l'époque en collaboration avec bien du monde et quand on a abordé la réforme, on n'y a même pas touché. C'était tellement frais ! C'était tellement neuf ! Elle s'applique à ce moment-ci et, dans notre esprit, on n'y retouche pas ! Au contraire, on s'en inspire pour l'appliquer dans d'autres domaines. Sur le plan du constat, à ce moment-ci, je ne pense pas que d'aucune manière on puisse remettre en question la politique de santé mentale. Elle est là, elle est très claire quant à ses objectifs. Peut-être y a-t-il des moyens qui peuvent varier sur le plan de son application. Ça doit être une affaire de partenariat et non pas celle d'une corporation. Ça doit être une affaire de collaboration des différents intervenants, soit des organismes communautaires avec les institutions et les représentants du milieu. S'il y a quelques défauts dans son application, ils sont plutôt attribuables au peu de préparation du milieu. Il faut aussi une réforme des mentalités, afin que les gens remplacent dans leur esprit l'institutionnalisation par des recours au communautaire. On dit souvent que le gouvernement se tourne vers la désinstitutionnalisation pour faire des économies. C'est faux. La désinstitutionnalisation coûte plus cher en bout de ligne. Je peux en parler facilement puisqu'un de mes frères fut institutionnalisé, après avoir vécu dans son milieu familial avec sa toile protectrice, il s'est retrouvé en institution et, aujourd'hui, il est désinstitutionnalisé. Il vit en famille d'accueil et, depuis lors, il a perdu sa toile protectrice, celle de la famille, pour en retrouver une autre sur le plan institutionnel ! Cela se passe ainsi, même si la famille, à certaines occasions, peut avoir certaines réticences. Mais la famille d'accueil n'a pas été suffisamment informée non plus, pas plus que la population en général.

L'idée du plan régional de services en santé mentale nous inspire pour une application généralisée aux différents champs des services sociaux et de santé. Le modèle peut être amélioré, c'est certain. Mais l'objectif demeure le même partout.

**NPS** – *Ce modèle de partenariat utilisé dans toutes les régions du Québec pour l'élaboration des programmes régionaux d'organisation des services (PROS) peut-il être mis en œuvre dans toutes les régions? N'y a-t-il pas là danger de maintenir une inégalité du développement communautaire d'une région à l'autre au Québec?*

**MYC** – Je pense que, même à Montréal, il y a certaines lacunes dans ce partenariat-là. Je le souhaite le plus ouvert possible, franc et direct ! J'ai eu l'opportunité de rencontrer, dans l'élaboration de la réforme, des gens du communautaire. On s'est penché sur l'expérience des PROS en santé mentale; les gens sont venus manifester certaines inquiétudes face à un pouvoir qui, aujourd'hui, est central et qui, demain, sera régionalisé. Il y avait cette inquiétude aussi : Est-ce qu'on nous respectera comme partenaire ou non? Pour tenter de faire en sorte que ce partenariat-là soit très bien assis, on a dit que 20 % des postes dans les régions régionales seront réservés au communautaire ; 20 % ce n'est pas négligeable, par rapport au 20 % du monde socio-économique, au 20 % des municipalités et au 40 % de l'institutionnel. De sorte qu'on peut se retrouver dans une chimie davantage inspirée des autres que de l'institutionnel ! L'institutionnel va toujours tirer de son bord. Donc, même si à Montréal le partenariat semble bien fonctionner, on n'y a pas encore atteint une situation idéale et sans lacunes.

**NPS** – *Est-ce que le modèle sera uniforme partout?*

**MYC** – Dans la région de Québec, c'est pas nécessairement ce qu'on souhaitait. Ce qu'on se disait, c'est qu'il y a des expériences de partenariat qui peuvent être valables à Montréal et qu'il faut les encourager; mais il faut aussi permettre la diversité, un peu partout à travers le Québec, mais à condition qu'il n'y ait pas d'objectifs à rabais. Le partenariat peut être vécu de manière différente d'un endroit à l'autre, dépendamment des dynamiques qui s'y sont développées et on va certainement avoir des modèles différents d'une région à l'autre. Mais il n'y aura pas de concession sur les objectifs.

**NPS** – *Une autre crainte fréquemment évoquée à l'égard de l'implantation des structures participatives dans le secteur des services sociaux et de santé est d'y voir se reproduire un effet dit de « commission scolaire », c'est-à-dire qu'un désintérêt de la population en général pour ce genre d'engagement ne cède la voie à un noyautage des postes réservés aux représentants populaires par un groupe particulier de la population?*

**MYC** – Ce n'est pas à craindre étant donnée la composante même de la régie régionale. Les établissements y occuperont 40 % des sièges. C'est un 40 % passablement diversifié : un établissement, c'est un centre hospitalier; mais c'est aussi un centre d'accueil, de réadaptation, etc. Donc, même sur ce plan, une prise de contrôle est impossible. Quant aux autres blocs, il s'agit d'abord des représentants des municipalités élus par les maires pour 20 % des sièges et d'un autre groupe de 20 % issu des milieux socio-économiques et culturels. Encore là, pas de prise de contrôle possible puisque ces blocs sont plutôt hétérogènes. Enfin, 20 % pour les organismes communautaires. Je pense que le bloc le plus solide, le plus homogène de tous ça sera celui des organismes communautaires. Il n'y a personne qui a relevé ça jusqu'à maintenant ! Le bloc le plus homogène de tous, les groupes désignés sera celui des organismes communautaires ! Pour peu que ces organismes choisissent les bonnes personnes pour les représenter, il est clair que ça va faire un projet absolument extraordinaire ! Cela permettra de faire avancer la compréhension de ce que font les organismes communautaires, du travail qu'ils font, de leurs activités bénévoles, de leur implication dans le milieu, etc. Quant à l'effet « commission scolaire » auquel vous référez, il me semble peu probable. D'une part, l'activité des commissions scolaires ne concerne qu'un secteur, l'éducation; tandis que les services sociaux et de santé représentent une très grande variété de préoccupations. D'autre part, la question de l'éducation en milieu scolaire n'intéresse les parents que dans la mesure où ils ont des enfants inscrits à l'école primaire ou secondaire, tandis que celle des services sociaux et de santé nous touche la vie durant, de la naissance jusqu'à notre mort.

**NPS** – *On a reproché au modèle des PROS d'occulter les différences inhérentes entre ses membres issus de milieu et de culture variés. En particulier, la maîtrise du langage et des codes administratifs des représentants des institutions n'a-t-elle pas souvent eu pour effet de laisser les représentants du communautaire à l'écart des débats?*

**MYC** – Évidemment, les PROS de santé mentale nous inspirent sur le plan des niveaux de collaboration, de préparation aux échanges pour le partenariat. Vous avez raison de le rappeler que, dans l'état actuel des choses, si vous vous asseyez à une table où il y a des gens des centres hospitaliers de courte durée, de longue durée, des CLSC, etc., vous risquez de vous retrouver avec un directeur général d'un centre hospitalier, ou avec un directeur des soins professionnels, des gens donc très articulés, très préparés, par rapport à quelqu'un du communautaire qui, lui, donne de son temps bénévolement. On pourrait parler d'un rapport de force quelque peu inquiétant pour le communautaire. Cependant, ce qu'il faut se rappeler, c'est que sur le plan de la régie régionale, à côté de 40 % des personnes qui vont représenter les institutions,

il y aura 60 % de gens qui vont représenter la population. Contrairement à la situation actuelle où le citoyen est en « minorité » au conseil d'administration, avec la réforme, il deviendra majoritaire. Donc, ce ne sont plus les gens qui travaillent dans le réseau qui vont contrôler le conseil d'administration. On comprend qu'il y aura des efforts à faire sur le plan de la formation des individus qui vont occuper ces postes. Par ailleurs, au conseil d'administration de la régie régionale, vous ne retrouverez pas de directeur général siégeant autour de la table. Vous allez avoir un médecin sur 25. Vous pouvez ultimement, peut-être, avoir un travailleur, une infirmière, ou quelqu'un d'autre, mais de manière très très marginale par rapport à l'ensemble des individus. En effet, sur 25 personnes, dont 60 % ne sont pas des travailleurs du réseau, certaines personnes seront peut-être des bénévoles ou des gens des organismes communautaires. Alors que, dans le 40 %, majoritairement, ce sont des citoyens qui ne travaillent pas dans le réseau. La composition même des collèges électoraux prévue par la loi rend déjà difficile une prise de contrôle de son conseil d'administration par les directeurs d'établissements, par exemple.

**NPS** – *On parlait tantôt de la désinstitutionnalisation pour lui nier des objectifs plus financiers qu'humanitaires. La question pourrait aussi se poser pour la réforme, c'est-à-dire qu'on y voit, à la lecture du Livre blanc deux objectifs qui se côtoient constamment.*

**MYC** – Il faut adapter le rythme des dépenses à notre capacité collective de payer et d'humaniser le réseau. On avait dit « réforme de structures », bien sûr. Nous voulions imprimer une nouvelle dynamique sur le plan démocratique, rendre le réseau plus accessible aux citoyens, le faire diriger par le citoyen et, d'autre part, ajouter des ressources financières pour mieux desservir nos groupes prioritaires que sont les jeunes et les personnes âgées. Donc, pour être capable de faire face au tournant de l'an 2000 et tenir compte de nos besoins réels dans l'ensemble du Québec, il est prioritaire d'injecter plus ou moins 250 à 260 millions \$ par année, à partir d'avril 1992. Donc, il y aurait, d'ici l'an 2000, plus ou moins 2 milliards \$ additionnels qu'il faudrait investir dans le système et ce n'est pas démenti jusqu'à maintenant. On a même devancé cet objectif dans certains cas par l'ajout de certaines sommes. Cependant, d'une manière globale, on en arrivera à une croissance d'IPC + 3 %<sup>1</sup> du budget de la santé, ce qui est déjà supérieur de 1,5 % à la croissance des dépenses gouvernementales. C'est donc considérable, malgré le fait qu'actuellement on navigue à une vitesse de croisière d'IPC + 4,3 %. Il y a donc un resserrement budgétaire qui doit accompagner ces mesures additionnelles. Il y a des sommes additionnelles, mais il y a aussi une réallocation

---

1. Indice des prix à la consommation plus 3 % de croissance.



des ressources du Ministère et un meilleur contrôle de nos dépenses. On a un contrôle « macro », mais on n'a pas de contrôle sur le plan « micro ». On a donc l'objectif premier de donner aux citoyens des services que le Québec est capable de se payer. La priorité, bien sûr, est de donner des services et d'arrêter de faire croire au monde que c'est gratuit. C'est là une des plus grandes absurdités véhiculées partout par les partis politiques, depuis les années 60 à l'époque où le régime s'est structuré. Ça se paye à partir des taxes des citoyens. C'est quelque chose qui n'est pas tout à fait transparent. La part des impôts consacrée aux services sociaux et de santé disparaît dans le magma des revenus et dépenses du gouvernement.

**NPS** – *Que dire des critiques émises par quelques recherches commandées par des fédérations d'établissements (Conférence des CRSSS ou Fédération des CLSC) et qui s'entendent pour dénoncer une sous-évaluation des coûts de la réforme ?*

**MYC** – Le débat sur le financement débutera au début de février 1992<sup>2</sup>. On a voulu faire un débat spécifique sur le financement. Le financement, pour bien du monde de ce temps-ci, c'est les dépenses. Pourtant, il doit y avoir une colonne des dépenses et une colonne des revenus.

Donc, nous ferons ce débat-là de manière très claire et très ouverte. Je peux déjà vous dire qu'il y aura des sommes appréciables qui seront ajoutées dans le réseau. On parle de la première ligne, du maintien à domicile, de la jeunesse, d'une série de choses comme celles-là. Ces mesures vont commencer à s'appliquer à partir d'avril 1992. Évidemment, sur le plan des structures, c'est une autre affaire. Je suis assez réservé merci ! J'ai vu l'étude des CRSSS qui évalue le coût de la réforme à 58 millions \$. Je me verrais assez mal investir tant d'argent dans les structures, et pas d'argent dans les services aux citoyens. Ça irait contre la volonté qu'on a toujours exprimée de privilégier le fait que les services aillent aux citoyens. Cependant, il ne faut pas non plus être puritain, au point de dire que ça va se faire sans développement de structures. Forcément, si vous transférez aux régions un pouvoir qui est à Québec, il faut l'accompagner de budgets pour rendre l'exercice viable. Il est inévitable que les CRSSS, qui se transformeront éventuellement en régies, soient dotés d'un personnel accru, sans pour autant qu'il faille leur ajouter 58 millions \$.

**NPS** – *Justement, certains reprochent à cette réforme de provoquer un doublement des structures de contrôle en maintenant un fonction-*

2. Le Ministre fait ici référence à la Commission parlementaire sur le financement des soins de santé et des services sociaux qui a siégé en février 1992.

*nariat important au Ministère tout en en créant un autre dans chacune des régions...*

**MYC** – C'est-à-dire que certains n'ont pas compris encore ! C'est un peu normal. Il y a des gens, je présume, qui étaient occupés à faire autre chose ailleurs. On est dans une situation où le Ministère demeure le responsable ultime de toutes les dépenses. On n'a pas décidé de prendre un pouvoir à Québec et de lui donner une assise démocratique par une élection au suffrage universel au plan des régions. Cela commanderait par le fait même un pouvoir de taxation. Il n'y a pas de pouvoir de taxation, parce que le gouvernement a décidé que le moment n'était pas venu de faire cette étape. S'il y a une mauvaise dépense qui se fait, c'est toujours le ministre de la Santé et des Services sociaux qui va être questionné à l'Assemblée nationale. C'est donc le Ministère qui demeure le responsable de la planification et de l'allocation des ressources.

Donc, le développement ne se fera plus en fonction des producteurs mais plutôt en fonction des conditions de vie et de santé des gens qui habitent les régions. L'allocation des ressources doit tenir compte de la réalité de la région et non pas des producteurs qui s'y installent. Si on a 1 150 médecins de trop actuellement à Montréal, et qu'on continue d'allouer des ressources en fonction des producteurs, on aura inévitablement pénurie de médecins en région. Si on alloue les ressources en fonction des personnes qui habitent les régions et de leur état de santé, là on a des chances que le médecin soit davantage attiré par les revenus qu'il pourrait éventuellement acquérir et aille soigner ceux qui sont dans les régions, au lieu de se cantonner dans la ville de Montréal. Cela ne veut pas dire que les gens de Montréal ayant besoin de services auront à être négligés. La gestion quotidienne et la répartition des ressources à travers les différents établissements institutionnels et organismes communautaires demeurera du ressort régional en conformité avec les plans régionaux de services. La régie régionale veillera à la bonne gestion de ces ressources tout au long de l'année. Bien sûr, le Ministère sera là à la fin de l'année pour vérifier l'utilisation des fonds publics au niveau régional et faire à l'occasion les enquêtes qui s'imposent.

**NPS** – *Dans le Livre blanc, on pouvait lire que votre ministère comptait garantir la reconduction et la consolidation des subsides déjà accordés aux différents organismes communautaires. Cependant, en ce qui a trait au champ particulier de la santé mentale, la même garantie n'était pas donnée. Qu'en est-il au juste?*

**MYC** – C'est le même principe qui s'applique. Cependant, il n'est pas évident que la culture soit bien établie à ce moment-ci quant à la protection de

ces enveloppes. C'est ce que les organismes communautaires nous ont dit lorsque nous les avons rencontrés : « Si vous transférez l'argent, cet argent va disparaître puis nous autres aussi. C'est tout un pan de mur de l'expertise, des soins et des services humanitaires à la population qui va disparaître ». C'est pour cela que l'idée de la réforme c'est d'arriver à ce que les fonds du communautaire soient transférés au plan régional pour constituer un plancher en deçà duquel les régies régionales ne pourront pas aller. Mais il sera possible de viser un plafond. Dans le cas de santé mentale, on a transféré des sommes d'argent au plan des régies régionales. Il y a des budgets qui se répartissent assez bien, mais il faut conserver une certaine vigilance pour protéger les organismes communautaires. Il y a une culture à créer, ce qui n'est pas toujours évident dans certaines régions du Québec. On tient compte de ça, maintenant, pour mettre tous les verrous nécessaires en termes de protection des budgets des organismes communautaires. Les PROS en santé mentale prévoient des sommes d'argent additionnelles, mais la répartition de ces montants n'allait pas nécessairement aux organismes communautaires. Dans la pratique, lorsqu'on transfère des sommes d'argent, dans la répartition, il y a des gens qui, dans certaines régions, s'occupent effectivement du communautaire; mais, dans d'autres régions, on ne s'en préoccupe pas, sous prétexte que, dans les PROS, il n'en est pas question. Donc, si on veut financer les organismes communautaires, on devra le faire par le Service de soutien aux organismes communautaires (SOC) du Ministère. À mes yeux, cela va à l'encontre de la philosophie de la réforme qui dit qu'on doit avoir un plancher protégé et qu'on peut en ajouter sur le plancher. En particulier, quand on parle de santé mentale, moi je dis qu'on peut en ajouter sur le plancher.

**NPS** – *On sait que des 600 millions \$ affectés au Québec à la santé mentale, moins de 1 % de cette somme est utilisé pour financer les activités des organismes communautaires. On sait également qu'au moins la moitié des personnes reconnues comme souffrant de problèmes « psychiatriques » sont en fait prises en charge par la communauté. À Montréal, en particulier, tout développement ne pourra s'effectuer que par réallocation des ressources institutionnelles, puisque cette région, réputée riche, ne pourra bénéficier de nouveaux fonds de développement avant que l'on ait pu évaluer que l'ensemble des régions québécoises sont arrivées à une certaine parité. Avec une telle médecine, le communautaire ne risque-t-il pas l'extinction?*

**MYC** – Vous avez bien dit médecine ! Cela montre jusqu'à quel point notre système est marqué par la médecine. Une chose est certaine : il y a des progrès à faire ! Il faut en faire continuellement. C'est ça qui est intéressant : les organismes communautaires ne sont pas des « lâcheux ». Ils comprennent des gens qui interviennent et qui sensibilisent. Moi, je me rappelle d'avoir été

sensibilisé au danger de se faire « bouffer » par l'institutionnel. Finalement, le communautaire, c'est presque notre navire amiral capable de faire progresser les choses. Les écueils, qu'on me les signale et j'interviens. J'ai entendu un certain nombre de messages. Par exemple, dans la répartition des enveloppes, je partage vos préoccupations. Dans certaines régions, on se fait dire que ce qui n'est pas prévu dans les PROS qui ont été « approuvés » ne peut « être appliqué ». Les CRSSS qui parlent ainsi prétendent appliquer les PROS strictement. Cependant, dans le transfert de ces fonds, nous avons indiqué clairement que l'esprit de la réforme devait s'appliquer partout. Les PROS sont là pour être modifiés, pour évoluer avec le temps. Ce que je souhaitais, c'est que la répartition des sommes d'argent respecte l'esprit de la réforme. Si on n'est pas capable de l'atteindre maintenant, qu'on donne au moins l'indication qu'on tend vers cet objectif. Il y a des CRSSS qui ont commencé à donner des sommes d'argent au communautaire. Il y en a qui ont compris ! Peut-être pas à 100 % mais au moins le geste est là.

**NPS** – *J'aimerais revenir au sujet abordé précédemment. Dans certaines régions, on considère le communautaire comme le dernier venu alors que ce n'est pas le cas. Dans la prise en charge du malade mental, le communautaire a existé bien avant l'asile. De plus, il y a aussi une réticence du communautaire à se faire embarquer, « bouffer », intégrer de force. Il y a même une personne, proche du communautaire qui a fait un reproche au MSSS. Je vais vous lire ce qu'écrivait Jérôme Guay en 1987 :*

Le communautaire acceptera-t-il, telle la rivière La Grande, de se laisser harnacher par le réseau? Ou continuera-t-il son cours, seul peut-être au milieu d'une forêt immense, mais têtu, parvenant à tracer son chemin, même sinueux, et sachant que c'est lui qui, à sa façon, nourrit la terre.

*Que pensez-vous de cette citation?*

**MYC** – Vous avez raison ! Mais je ne prendrais pas la même comparaison. Je dirais ceci : Ils seront obligés de se construire des affluents pour augmenter le débit de la lumière dans cette grande forêt, parce que tantôt on va peut-être « frapper » des racines plus grosses que ce à quoi on s'attendait. Je pense même que, sur le plan institutionnel, il n'y a pas uniquement des gens qui veulent « bouffer » le communautaire, parce qu'il y a du communautaire qui s'est implanté par la volonté de l'institutionnel. J'admets qu'à ce moment-ci, il y a plus d'institutionnel qui veut bouffer le communautaire que le contraire.

Soyons très clairs ! Il y a une culture à développer, parce que le communautaire peut devenir menaçant pour l'institution ! Je pense qu'il ne faut pas se cacher ces choses-là. C'est la vérité de tous les jours ! Mais je pense qu'il faut tirer davantage profit de ce que l'institutionnel a lui-même admis en

créant des organismes communautaires pour dispenser des services qu'il n'avait pas les moyens de dispenser lui-même. Moi, je préfère développer cette orientation-là que de développer celle qui « bouffe » le communautaire. J'ai toujours été clair là-dessus et je continue de l'être ! Si je puis faire plus que ce que je fais maintenant pour le communautaire, je vais le faire ! Prenons un exemple — qui est complètement en dehors du domaine de la santé mentale — soit celui des centres d'hébergement pour femmes violentées. Dans une période de restriction budgétaire, on a ajouté 6,5 millions \$, en passant de 12, 15 à 21 millions \$. C'est tout de même une augmentation assez substantielle, sur un plan triennal avec tout ce que ça comporte. Je suis fier de ça, parce que, demain matin, si on avait recours à l'institutionnel, il est clair que ça coûterait plus cher ! Cependant, ce qu'il faut se dire, c'est que, rendu à un certain point, il faut faire attention pour que le communautaire ne devienne pas lui-même institutionnel. C'est toujours ce que j'ai dit moi : « Oui, il faut supporter le communautaire ». Je m'en suis servi à quelques occasions et je continue de m'en servir. « Les messagers de l'espoir ! » Une petite madame est venue me voir pour me dire ce qu'elle faisait et me demander d'envoyer des gens la visiter ! Il est clair que si j'envoie un psychiatre, il va avoir un jugement assez sévère, mais l'entraide, la famille, c'est tellement important ! Ce sont des petites actions comme celles-là qui ne me coûtent pas cher. Je pense que le Ministère lui donne 4 000 \$. C'est pas ça qui va « ébranler les colonnes du temple » sur le plan financier. Il a de multiples exemples; vous pourriez certainement m'en donner d'autres. Mais il faut vraiment que le sillon devienne rivière. Cela peut se faire aussi avec la collaboration de l'institutionnel. Mais il faut prendre garde aux « renards » qui auraient une tendance à vouloir « bouffer » le communautaire.

**NPS** – *Mais au-delà de son caractère économique, le communautaire c'est aussi une somme d'expertise qui met l'institution au défi de l'innovation. Comment s'assurer, compte tenu de la force relative des uns et des autres, que le partenariat ne s'établisse pas à sens unique, c'est-à-dire que l'on n'assiste pas à l'extension tous azimuts de l'institution dans la communauté?*

**MYC** – Prenons un exemple, le dossier L.-H. Lafontaine. Lorsqu'on propose d'humaniser l'institution en créant trois blocs de clientèle différents — centre d'accueil de réadaptation, centre d'accueil d'hébergement et unité psychiatrique comme telle —, alors là, évidemment, tu te confrontes au corporatisme assez fortement implanté. Mais ma manière à moi est empreinte d'une vision communautaire au lieu d'une vision carrément institutionnelle. Le budget, dévolu par le SOC et que le Ministère attribue lui-même aux régies régionales devra être transféré au niveau régional. Il s'agit d'un budget qui ne passe par aucune institution. Quand on parle de PROS en santé mentale, l'idée était,

bien sûr, de faire en sorte qu'on puisse avoir des sommes d'argent qui, elles aussi, répondent au même objectif. Est-ce que ça signifie pour autant qu'on sera capable demain matin de mettre fin aux expériences de Louis H., de Douglas, ou de Robert Giffard?

Quant à prendre ces budgets pour développer du communautaire, je ne suis pas sûr qu'on en soit capable ! Aujourd'hui, si l'institutionnel veut occuper ce terrain, c'est sous la pression des réalisations du communautaire. J'ai toujours beaucoup de plaisir à jaser avec Lucien Landry<sup>3</sup>, qui est pour moi un exemple assez extraordinaire d'intégration à la communauté, de défense de certaines valeurs et des droits du bénéficiaire. Cela à un point tel que certains psychiatres de Louis-H. ont dit : « Bien, le Ministre préfère parler à Lucien ». Ça ne me dérange pas plus qu'il faut, parce que Lucien est sorti de Louis-H., alors que certains psychiatres n'en sont pas sortis.

Mais il y a encore du travail à faire ! Il faut continuer à être vigilant. Je m'inspire de la vigilance des organismes communautaires. C'est la raison pour laquelle ils auront droit au chapitre, avec leur 20 % des sièges au conseil d'administration de la régie régionale. Ça veut dire l'accès à tous les documents. Ça veut dire un droit de parole. Ça veut dire un droit de vote. Ça veut dire des alliances possibles avec d'autres 20 %, d'autres parties de 20 %. Ça veut dire aussi une démonstration évidente que le communautaire coûte moins cher que l'institutionnel. J'imagine l'effet que cela pourra avoir sur les « socio-économiques », qui seront à même d'évaluer l'effet bénéfique de ces mesures et même de remettre en question un certain nombre de nos pratiques. Jusqu'à maintenant, une des difficultés du réseau, c'était de dire : « Il faut que tu boucles ton budget ! » Si tu as 114 millions \$, comme Louis-H., il faut que tu boucles ton année avec toute cette somme. Si tu ne le dépenses pas, peut-être que l'année prochaine ils vont t'en enlever ! Donc, c'est une incitation à dépenser, alors qu'il faudrait dire aux gens : « Vous avez un budget. Ne venez pas m'en demander un additionnel ». Par contre, si vous faites des économies, vous pourrez avoir des initiatives. C'est la même chose au plan de la régie régionale. Si la régie régionale, par exemple, fait des économies sur le plan institutionnel, le conseil d'administration de la régie pourra décider de réutiliser ces sommes économisées, de les réallouer, pourquoi pas, dans le communautaire. Alors qu'aujourd'hui, même si ces situations-là peuvent se présenter à l'occasion, le communautaire n'est même pas à la table pour exprimer son point de vue et faire valoir que cet argent-là donnerait plus d'effet chez eux qu'ailleurs !

---

3 . Président du Comité des bénéficiaires du Centre hospitalier Louis H. Lafontaine.

**NPS** – *N'est-ce pas là un grand défi?*

**MYC** – C'est un maudit beau défi ! Et j'ai déjà dit qu'en quittant la politique, si Dieu me donne la santé, je vais m'impliquer dans les organismes communautaires. J'aimerais bien me retrouver dans une régie régionale pour défendre le communautaire. Il y a des établissements institutionnels qui se feraient brasser !

**NPS** – *Ce qui demeure inquiétant pour le communautaire, c'est le sens que l'on donnera aux notions de « complémentarité » et de « services », chères à l'esprit de la réforme. Ne doit-on pas craindre une certaine modélisation de nos ressources inspirée du modèle institutionnel?*

**MYC** – Je ne suis pas sûr, même si je sais que le communautaire a très peur de ça. C'est peut-être une bonne affaire qu'il ait peur, puisque son inquiétude peut le motiver davantage pour défendre son intérêt et son idéologie. Ce débat-là était déjà présent avant la réforme. Éventuellement, c'est peut-être toutes ces sommes d'argent dues au communautaire qui devront devenir complémentaires. Il y a eu une évolution grâce aux discussions avec les organismes communautaires. En cours de route, on a été amené à dire que le SOC sera maintenu tel quel. On le transfère et on le garantit. Deuxièmement, on inscrit dans la Loi que les organismes communautaires sont libres de leur orientation. Ça n'a jamais été inscrit dans une loi. Ça l'est dans la Loi 120.

Cela signifie, pour les organismes communautaires, un budget qui va croître aux cours des prochaines années jusqu'à un horizon de plus ou moins 100 millions \$. C'est pas de la petite bière ! On atteindra l'an prochain plus ou moins 67 millions \$ investis dans le communautaire et on va atteindre 100 millions \$ d'ici 5 ans; 100 millions \$, c'est le budget de Louis-H. Lafontaine !

**NPS** – *Mais comparativement à tout ce qui est consenti au réseau institutionnel et cela, depuis longtemps, les ressources octroyées au communautaire ne demeurent-elles pas modestes?*

**MYC** – C'est peu en effet, j'en conviens parfaitement. Mais on progresse. L'objectif, bien sûr, n'est pas de faire en sorte qu'on se retrouve avec autant d'argent dans le communautaire que dans l'institutionnel, parce qu'ainsi on en viendrait à créer une autre institution. Alors, cette progression-là est assez importante. Quand on a fait le débat sur le communautaire, on a accepté de maintenir le budget du SOC et même d'en ajouter. La liberté qu'on a, nous, c'est de vous subventionner ou pas. Il nous apparaît normal, pour les sommes qui seront ajoutées en plus du budget du SOC de dire : « Il faudra que ça se fasse de manière complémentaire ». Est-ce que « complémentaire » ça signifie épouser la philosophie de l'institutionnel? Pas une maudite minute ! C'est pas ça qu'on veut dire. Complémentaire ça veut dire qu'une institution qui,

demain matin, a des budgets et qui veut se servir d'une partie de ces budgets pour offrir du support dans la communauté, pourrait faire appel au communautaire et là à ce moment-là le communautaire accepte ou refuse bien sûr selon sa philosophie. Si l'institutionnel approche un organisme communautaire, avec 40 000 ou 50 000 \$ à investir dans du support à la communauté, j'imagine qu'ils vont aussi respecter une partie de la philosophie des ressources. Si les deux parties conviennent de quelques petits réajustements à faire, ce sera d'un commun accord. Il n'y a personne de brimé à ce moment-là.

**NPS** – *Pour terminer, à propos du système d'informatisation en santé mentale (SISM), certains s'inquiètent en y voyant une menace à leur vie privée. On connaît les objectifs du SISM : déterminer quels services sont donnés et à qui. Il s'agit de s'organiser de façon à ne pas doubler, ni multiplier les services. Mais, répond-on à ça dans la communauté, notamment chez les groupes d'usagers, les diagnostics en santé mentale, en psychiatrie, sont certainement beaucoup moins sûrs que dans d'autres types de médecine. Lors du dernier congrès international de psychiatrie tenu à Genève en septembre dernier, on aurait ainsi évalué que le taux de fiabilité des diagnostics en psychiatrie était inférieur à 50 %<sup>4</sup>. De plus, plusieurs ex-psychiatrisés ont fait l'expérience de voir interpréter tous leurs symptômes, une grippe, une allergie ou des maux de tête à travers le diagnostic de leur vieux dossier psychiatrique. Bref, l'informatisation « mur à mur » ne menace-t-elle pas les droits de la personne?*

**MYC** – On parle davantage du système de micro à carte, de micro-processeur. Ainsi en est-il pour l'expérience pilote qui est en cours à Rimouski, pour 18 mois, avec toute une série de clés — assurant la confidentialité —, parce que moi aussi je suis un peu méfiant des systèmes informatiques. On nous les vend toujours comme étant très exceptionnels. Ainsi, ils sont supposés permettre de faire des recoupements, de garantir la confidentialité quant à l'accessibilité sur le plan de l'information, ce que j'appelle des systèmes de clés. J'ai vu dernièrement le système IBM qui est en opération au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et j'ai vu celui qui est au Centre Anna Laberge avec des clés. Il me semble y avoir là une certaine sécurité; mais l'on ne peut pas progresser dans l'implantation d'un tel système sans obtenir l'accord total de la Commission d'accès à l'information. C'est une expérience qui est en cours et la Commission d'accès à l'information suit l'expérience de près. La journée où cette Commission nous dira « [qu']il y a des renseignements sur les personnes qui peuvent être iden-

---

4. « Où va la psychiatrie ? », *Le courrier de Genève*, septembre 1991.



tifiées créant certains problèmes », c'est fini ! Moi je ne vais pas jouer avec ça du tout. Je n'ai pas d'intérêt en ce sens. Cependant, au plan des avantages, il faut considérer la continuité et la qualité des services dispensés. Il n'y a pas que des mauvais côtés. Par exemple, si vous êtes un citoyen de Québec en visite à Rimouski et que vous vous présentez devant un médecin, que vous avez des problèmes cardiaques, qu'en plus vous êtes allergique, que votre dossier est à l'hôpital Laval de Québec et que les médecins de Rimouski ne connaissent pas votre allergie, on peut penser que vous allez avoir des problèmes. Si vous avez votre carte sur laquelle sont indiquées ces allergies ou d'autres problèmes de santé, vous obtenez un diagnostic immédiat. Par conséquent, l'action médicale sera plus appropriée et favorisera la continuité et la qualité des soins. Il y a des avantages certains. Mais, il ne faut pas que ça se fasse au détriment des renseignements même nominatifs. C'est clair qu'il faut protéger la vie privée des individus. Évidemment, il faut quand même admettre aujourd'hui que n'importe quel professionnel peut avoir accès à votre dossier.

J'étais dans un établissement où je me suis fait soigner et où c'était encore bien moins sécuritaire. Aucun système de cartes à micro-processeur ou qui nécessite une clé pour pénétrer tel coin du dossier. Ainsi, aujourd'hui une infirmière ou n'importe quel professionnel, peut aller dans les postes de garde et, si le dossier est là, avoir accès à l'ensemble de votre dossier. La carte micro-processeur y mettrait des verrous. Si tu es un psychiatre, tu vas avoir accès à ce qui te concerne. Si tu es infirmière, tu vas avoir accès à un certain nombre de choses. Si tu es pharmacien aussi et ainsi de suite. Le pharmacien, par exemple, constate que le médecin a prescrit tel médicament, que le patient prend déjà tel autre et que l'effet combiné des deux est nocif. Alors le pharmacien téléphone au prescripteur pour lui dire : « Voici, ce que je te conseillerais... ». En conséquence, tu n'as pas de cocktail Molotov qui explose chez l'individu et, en santé mentale, Dieu sait que cette mesure pourrait souvent être utile. Mais il faut faire attention. Le diagnostic devient important pour éviter les effets multiplicateurs. Pour moi, il n'est cependant pas question de donner mon aval à cette expérience-là si les garanties nécessaires ne sont pas données quant au respect des droits de la personne.

**NPS** – *Sur le plan de la santé mentale, c'est un peu délicat, parce que le dossier de santé mentale suit l'individu comme un casier judiciaire.*

**MYC** – Vous soulevez là un bon point. Je vais prendre une petite note, parce que, dans l'expérience de Rimouski, il s'agit de clientèles spécifiques, par exemple des mères et des enfants, des femmes qui accouchent, des gens avec des problèmes cardio-vasculaires. En outre, il y a la population de St-Fabien en totalité. Les gens adhèrent, s'ils le veulent, à l'expérience. Je ne suis pas

sûr que certains des éléments que vous évoquez aient été considérés comme tels.

**NPS** – *Avec la réforme et la régionalisation, est-ce que les regroupements régionaux de ressources passent plus ou moins sous la responsabilité des régies régionales et est-ce que ces dernières auront les moyens financiers de les soutenir?*

**MYC** – On s'est retrouvé dans une situation où, effectivement, sur le plan des PROS, personne n'avait prévu qu'on pourrait faire des allocations budgétaires aux organismes communautaires à partir des sommes d'argent allouées aux PROS. Alors ça n'avait aucun maudit bon sens ! Il faut qu'on ouvre cette possibilité-là. Comme je ne peux pas l'imposer, j'ai souhaité, de manière non équivoque, qu'on tienne compte de la philosophie de la réforme. Il reste encore pas mal de travail à faire. L'institutionnel a toujours peur de se faire enlever des morceaux aussi et, dans les CRSSS, on a plus de personnel qui provient de l'institutionnel que du communautaire. Tu peux demander demain matin : « Dis-moi donc, au CRSSS de Montréal, combien de gens ont été formés dans le communautaire ? »