

## Éditorial

Marie Guertin et Yves Lecomte

Volume 8, numéro 1, juin 1983

Structures intermédiaires ou alternatives?

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030158ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030158ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Guertin, M. & Lecomte, Y. (1983). Éditorial. *Santé mentale au Québec*, 8(1), 3–6.  
<https://doi.org/10.7202/030158ar>

Avec le présent numéro, *Santé mentale au Québec* propose à ses lecteurs une nouvelle formule pour le numéro du printemps. Devant le succès rencontré par les numéros thématiques publiés chaque automne (La femme québécoise ; Vieillir ; Où va la psychiatrie ?, Mourir), nous avons pris conscience de l'importance et de l'utilité de tels documents comme outils de travail et de réflexion. Afin de poursuivre avec nos lecteurs des recherches plus nombreuses concernant les thèmes qui touchent la santé mentale, le numéro du printemps deviendra *semi-thématique*. Nous entendons cependant conserver une partie du numéro pour la publication d'articles divers, étant donné l'intérêt que présente ce volet et le nombre grandissant de praticiens et de chercheurs qui nous soumettent spontanément des textes pertinents et importants.

Dans ce numéro, la partie thématique portera sur la question suivante : Structures intermédiaires ou Alternatives? Cette question est cruciale à l'heure actuelle pour beaucoup de praticiens et d'administrateurs de la santé mentale. Déjà nous prévoyons pour l'année prochaine (printemps 1984), aborder le thème de la *psychose* ; le projet est vaste, nous aurons sans doute à le restreindre, mais nous invitons d'ores et déjà nos lecteurs à nous soumettre des textes sur ce thème.

Autre nouveauté, la chronique *J'ai lu* voit le jour dans le présent numéro. Cette chronique présente des résumés et commentaires de lectures portant sur des ouvrages publiés ou traduits en français au Québec dans le domaine de la santé mentale. Encore une fois, les pages de cette chronique sont ouvertes à tous ceux et celles qui désirent nous faire part de leurs réflexions critiques concernant leurs lectures.

Dans ce numéro donc, un contenu diversifié et un contenu thématique. Dans la première partie viennent d'abord deux textes théoriques qui chacun dans leur domaine cherchent à ouvrir de nouvelles pistes de recherches et de réflexion. Il s'agit du texte de Robert Sévigny sur les sociologies implicites des théories psychologiques. Cet article nous sensibilise à l'existence pour toutes les psychologies, de sociologies implicites parfois même niées ou masquées. Cette reconnaissance de projets sociaux inhérents aux théories psychologiques nous semble essentielle dans la compréhension de la signification et de la portée de nos interventions cliniques, en plus de toutes les perspectives de recherches et de réflexion qu'elle laisse entrevoir. Alain Vinet pour sa part esquisse les fondements de la problématique de la santé mentale au travail, notion fondamentale mais qui demeure cependant très floue et difficile à définir. Comment composer aujourd'hui avec une éthique du travail qui demeure très exigeante et des changements constants dans l'organisation du travail? Nous espérons que ce texte aura des suites vu l'importance du sujet dont il traite.

Viennent ensuite deux textes qui relatent des expériences de travail. D'abord, le texte de Gisèle Legault nous met en contact avec son expérience de la Psychiatrie radicale californienne et plus particulièrement des groupes féministes. Elle fait ressortir pour nous les nouvelles avenues que cette démarche laisse entrevoir, mais aussi les contradictions auxquelles elle confronte les intervenants. Michel Messier pour sa part nous livre des impressions des idées et des commentaires élaborés à partir de plus de 10 années de travail comme «psychiatre volant» dans le nord-ouest québécois. Il nous montre bien que, en ce qui a trait à l'organisation de la psychiatrie, ce qui vaut en région éloignée pourrait bien valoir dans les grands centres.

Claire Faucher et Pierre Tremblay nous présentent deux revues de la littérature sur des thèmes que nous avons peu abordés jusqu'ici dans la revue. Faucher nous brosse un tableau des principales recherches et hypothèses concernant les problèmes neurologiques reliés à l'alcoolisme et Tremblay nous présente ce qui a été tenté avec des détenus en terme d'approche comportementale et les limites auxquelles cette approche est confrontée. J.P. Thouez nous soumet ensuite les résultats d'une recherche faite sur la peur chez les vieillards de deux zones urbaines. Cette recherche d'un géographe nous montre qu'il existe beaucoup de dimensions à explorer lorsqu'on vise l'amélioration de la qualité de la vie et de la santé mentale. Enfin Michel Mongeon tente de délimiter les cadres à l'intérieur desquels il est possible de faire de la prévention en santé mentale. Il fait un déblayage dans la confusion qui a longtemps entouré cette notion et nous propose un modèle d'approche plus rigoureux et possiblement plus efficace que ce que nous avons connu jusqu'ici.

\*

C'est à escient que nous avons intitulé ce numéro *Structures intermédiaires ou Alternatives?*. Depuis quelques années, en effet, le terme *Alternatives* est devenu un mot magique par lequel on désigne un 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. Toutefois, ce mouvement suscite de tels espoirs qu'il risque de décevoir rapidement les uns et les autres et d'apporter, finalement, peu d'effets bénéfiques aux principaux intéressés, c'est-à-dire les psychiatrisés.

Souvenons-nous des années 50. Le concept de *communauté thérapeutique* avait soulevé à cette époque de telles espérances en Angleterre que tous les praticiens, dits «d'avant-garde», déclaraient alors travailler selon cette méthode de traitement. Rapidement, la plupart d'entre eux s'en désintéressèrent, constatant qu'elle ne répondait pas à leurs attentes quasi miraculeuses quant à ses effets curatifs sur la folie. Puis ce fut, dans les années 60, le mythe de la guérison de la folie grâce à l'utilisation massive des neuroleptiques. Encore une fois, les espoirs des praticiens furent déçus. D'ailleurs, même après toutes ces années, la biochimie n'a pas encore apporté de solution-miracle. Comme le dit Pelsser, «les schizophrènes ne sont pas guéris et ils sont à peine soignés, puisque la pensée délirante et le mode de vie psychotique restent présents pendant de longues années». Vint ensuite, dans les années 70, le mouvement de psychiatrie communautaire et de désinstitutionnalisation avec, encore, sa part de désillusions. Assistera-t-on maintenant, dans les années 80, au même processus d'engouement et de désillusion avec le mouvement des Alternatives? Question importante certes mais au lieu de spéculer sur celle-ci, nous désirons, en tant que praticiens, réfléchir davantage sur la réalité des Alternatives, en particulier sur celles qui s'intéressent aux victimes de la folie.

Selon le petit Robert, une alternative est «une solution unique de remplacement». Appliquée à la santé mentale, cette définition générique deviendrait la suivante : une Alternative est une solution sociale et/ou psychosociale de remplacement aux barrières inhérentes aux ressources étatiques actuelles (hôpitaux psychiatriques, départements de psychiatrie, centres d'accueil, pavillons, etc.). Ces barrières, telles qu'élaborees par Mosher et Menn, comprennent principalement le modèle théorique prédominant (le modèle médical), le nombre de patients, la structure sociale de l'institution et l'utilisation des médicaments.

Le *modèle théorique prédominant* (ou modèle médical) postule que la personne a une maladie, à laquelle sont associés un certain nombre de dysfonctionnements (synthétisés dans le diagnostic), dont elle doit être guérie à tout prix par les médicaments. La barrière du *nombre* fait référence au rapport patients/personnel qui est, la plupart du temps, de l'ordre de 30 à 60 individus par département de psychiatrie, ce qui constitue un groupe social beaucoup trop grand pour qu'une personne sérieusement désorganisée puisse faire confiance au milieu ambiant et explorer son monde intérieur. Une telle *structure sociale*, au contraire, nuit à cette exploration en ce qu'elle génère nécessairement l'inflexibilité des règles, la soumission à l'autorité, l'institutionnalisation des rôles et l'éloignement du pouvoir de décision. Enfin, *l'utilisation inconditionnelle des*

*médicaments*, qui entretient l'espoir d'une guérison magique tant de la part du patient que des thérapeutes (médicaux et paramédicaux), empêche le client d'avoir une meilleure connaissance de lui-même, en plus de provoquer chez lui des effets toxiques à long terme (Lecomte et Tourigny, p. 113-114).

Notre définition générique de l'Alternative a au moins l'avantage de situer clairement la problématique. Elle stipule qu'une Alternative n'est pas, comme certains voudraient nous le laisser croire, «une solution de remplacement aux soins à domicile», définition qui laisse supposer que toutes les institutions étatiques seraient, à divers degrés, des Alternatives. Elle ne s'inscrit pas, non plus, «dans un processus de continuité et de complémentarité de soins et de services» (Blanchet, 1981, *Santé mentale au Québec*, vol. VI, n° 2, 51).

Au contraire l'Alternative, dans la réalité quotidienne, est un «groupe, organisme et/ou association à but non lucratif, non assujetti à la loi des établissements publics et services sociaux», comme se sont eux-mêmes définis les groupes qui ont participé au troisième colloque sur les ressources alternatives en santé mentale, tenu le 25 avril 1982 à la clinique communautaire de Pointe St-Charles.

L'Alternative, selon ces organismes, vise à amener l'individu à se sentir responsable de ses difficultés et à prendre conscience des facteurs sociaux qui sous-tendent ses problèmes. L'Alternative, socialement engagée dans les luttes des psychiatisés, favorise l'entraide et la solidarité comme moyen d'intervention. Ses buts sont la déprofessionnalisation, la déhiérarchisation et la participation réelle des usagers au processus de décision de leur organisme. Nous sommes loin de la définition et des buts proposés par certains intervenants du réseau.

L'Alternative comprend des groupes, organismes ou associations qui ne sont cependant pas homogènes. Ainsi, on compte des groupes thérapeutiques et des groupes d'entraide. Les premiers visent la réinsertion sociale et la compréhension de la folie comme mode de solutions des crises. À cette fin, ils recourent à des activités socio-culturelles ou à des thérapies essentiellement relationnelles. Quant aux groupes d'entraide, ils cherchent à développer «l'entraide et la solidarité entre psychiatisés afin de démedicaliser et de démystifier la folie» (Plamondon) par des activités de rencontre et de réflexion sur les situations vécues. Une autre distinction entre les deux vient du fait que le premier groupe comprend à la fois des usagers et des intervenants (professionnels ou non professionnels), alors que le deuxième ne comprend que des usagers.

Ces différents groupes font partie du Regroupement des ressources alternatives. Cette intégration ne se fait pas sans problèmes, car certains groupes de psychiatisés ont des visées plus politiques que d'autres. Ainsi, à l'automne 1982, le groupe Autopsy, groupe-type de psychiatisés, a décidé de se retirer de ce Regroupement sous prétexte que les critères d'admission avaient été assouplis afin d'accueillir certains groupes moins revendicateurs d'intervenants et d'usagers. Mais, le véritable problème soulevé par ce désistement est le suivant : est-il possible qu'un groupe de psychiatisés, dont le but est de «créer un rapport de force» avec les intervenants du réseau afin de changer les règles du pouvoir puisse en même temps appartenir à la même organisation qu'eux, si sympathiques à leur cause soient-ils? Le groupe de psychiatisés ne risque-t-il pas constamment d'être mis en minorité dans sa propre enceinte? Autopsy a préféré ne pas prendre ce risque, tout en acceptant, par ailleurs, de collaborer avec les intervenants du réseau en déléguant un de ses membres comme représentant socio-économique au sein du conseil d'administration de l'hôpital Robert-Giffard et l'un de ses membres au Comité sur la santé mentale (Vendette, in *Communications brèves* de ce numéro).

Nous insistons sur ces faits pour souligner le dilemme où se retrouve un jour ou l'autre une ressource alternative lorsqu'elle est reconnue par l'État : doit-elle s'intégrer ou non aux mécanismes de décision d'un organisme gouvernemental? Si oui, quelles sont les conséquences possibles sur son orientation? Devra-t-elle, un jour ou l'autre, être obligée d'accepter des représentants de l'État en son sein?

Ce dilemme, que pose la collaboration entre les Alternatives et l'État, peut être illustré par la définition ambiguë que les intervenants du réseau donnent de ce mouvement. Actuellement, en effet, il y a un grand branle-bas dans les officines des administrateurs du C.S.S. et des hôpitaux psychiatriques pour créer des foyers de groupe, pavillons, appartements communautaires, etc. Or ces ressources sont nommées ressources alternatives. Selon nous, ce sont plutôt des *Structures intermédiaires*. Une Structure intermédiaire est : « un espace communautaire à petite échelle (en fait un milieu de vie), inséré au maximum dans la vie sociale, et pouvant servir d'intermédiaire dans toutes les situations de rupture d'avec celle-ci, qu'elle procède d'un séjour en institution, d'un déracinement originel, d'une invalidation sociale ou psychiatrique ou d'une situation de détresse ». (Reverzy, J.-F., 1979, Actualité des structures intermédiaires, *Transitions*, vol. I, n° 1, 37).

Parler d'Alternatives dans ce cas nous semble inexact. Pour que ces expériences le soient, elles devraient répondre aux critères énumérés par le Regroupement des ressources alternatives. Querelle de mots diront certains. Peut-être! Pourtant, selon nous, cette précision sémantique est importante. Elle permet de situer clairement la démarcation entre les ressources que l'État veut créer et les Alternatives à ce système de soins. Si cette frontière n'est pas tracée, il y a risque de confusion dans l'esprit des intervenants et danger de récupération, volontaire ou non, du seul mouvement actuellement porteur de changement social. Les Alternatives questionnent la pratique du réseau. Cela peut être fort bénéfique pour ses praticiens. Si ceux-ci comparent leur clientèle et leurs services à ceux des Alternatives, ils découvriront, selon notre expérience, qu'une partie de leur clientèle tirerait davantage bénéfice de l'approche des Alternatives et pourrait mieux s'y développer. Mais, d'autre part, ils découvriront aussi qu'une partie importante de leur clientèle ne pourrait pas se reconnaître dans ces groupes où le discours est parfois très politisé. Car il existe une clientèle trop aliénée pour être à l'aise et pouvoir participer à ce genre de groupe. Le réseau étatique représente pour elle « l'unique solution à la déshumanisation et à l'aliénation vécues dans la société ». Cette analyse devrait alors encourager l'État (et ses praticiens) à développer des *Structures intermédiaires* adaptées aux besoins de cette clientèle et susceptibles d'améliorer sa situation sociale. Donc, le développement des Structures intermédiaires serait une occasion pour le réseau de modifier sa pratique, et de développer des politiques de soins – moins démobilisatrices que la politique des 90 \$ actuellement alloués à un résident d'un foyer ou d'une famille d'accueil – qui tiendraient compte de la critique des barrières.

Tout en adaptant son système de soins à sa clientèle-cible, l'État devrait aussi accorder son soutien aux Alternatives, car elles répondent aux besoins d'un nombre sans cesse croissant de clients des services étatiques qui n'y reçoivent pas les services auxquels ils s'attendent. De plus, à cause de leur structure administrative et de l'engagement de ceux qui y participent, les Alternatives constituent des gages de renouvellement qui, à long terme, profiteront à tous. Enfin, le développement simultané des *Alternatives* et des *Structures intermédiaires* créera un processus dynamique entre ces deux instances dont pourraient bénéficier les premiers intéressés, les psychiatisés.

Marie Guertin  
Yves Lecomte