

La dynamique sous-jacente à la marge de manoeuvre du C.S.S.S.R.M.M.

Volume 13, numéro 1, juin 1988

La réinsertion sociale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030421ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030421ar>

[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

(1988). La dynamique sous-jacente à la marge de manoeuvre du C.S.S.S.R.M.M. *Santé mentale au Québec*, 13(1), 7–10. <https://doi.org/10.7202/030421ar>

Présentation

La dynamique sous-jacente à la marge de manoeuvre du C.S.S.R.M.M.

Durant le colloque *Ailleurs et autrement ... mais comment ?*, tenu les 7 et 8 avril 1988, les membres des ressources alternatives en santé mentale ont été très actifs. Ils sont intervenus à plusieurs reprises auprès des 550 participants et participantes du colloque afin d'obtenir leur appui pour le renouvellement des subventions de 17 ressources alternatives¹ menacées de disparition, ou de devoir réduire leurs services à la clientèle. Le 12 mai 1988, la ministre du MSSS annonça finalement qu'elle renouvelait les subventions de ces ressources de façon non récurrente pour l'année en cours, reportant à l'an prochain l'adoption d'une solution à plus long terme. Ce répit constitue une excellente occasion pour les divers partenaires du réseau de la santé mentale de comprendre la dynamique sous-jacente à ce problème, dynamique qui repose, selon nous, sur la nature compétitive de ce réseau.

L'arrière-scène: un réseau de promoteurs

Le gouvernement est constitué de ministères en compétition les uns avec les autres pour se partager les fonds publics. Dans le ministère de la Santé et des services sociaux, cette compétition se fait entre la dimension sociale et la dimension santé. Plus particulièrement, il existe quatre promoteurs institutionnels (les centres d'accueil (C.A.); les centres locaux de santé communautaire (C.L.S.C.); les centres hospitaliers généraux et psychiatriques (C.H.); et les centres de services sociaux (C.S.S.) qui recréent entre eux, à une échelle moindre, le modèle général de compétition, sur lequel s'appuie le gouvernement. Les objectifs ultimes de cette compétition sont de conserver et d'accroître les mandats, et d'obtenir une part croissante des fonds publics qui assureront la viabilité et le développement des organismes².

Ces 4 promoteurs fonctionnent sur la base de règles formelles et informelles qui régissent la compétition inter et intra-réseaux. Un exemple de la compétition inter-réseaux est le cadre de partage des praticiens sociaux par lequel les C.L.S.C. ont obtenu le transfert de ces praticiens et de leur budget au détriment des C.S.S. en 1983. La nouvelle sectorisation psychiatrique à Montréal est un exemple de la compétition intra-réseaux. Elle a donné lieu à de nombreuses tractations entre certains centres hospitaliers sur la dimension des territoires qu'ils desserviront; l'accroissement ou la diminution de leur population signifiant l'accroissement ou la diminution correspondante de leurs effectifs et budget.

En marge de ces quatre réseaux existe un cinquième réseau non institutionnel: *les ressources communautaires*. Comme la définition de ce réseau est élastique, certains groupes désignent sous ce vocable les familles d'accueil, les pavillons, les structures intermédiaires et les ressources alternatives. D'autres groupes sont plus restrictifs et différencient les ressources communautaires (les trois premières) des ressources alternatives, afin de bien mettre en évidence les différences de philosophie et d'action qui les caractérisent (cf Guertin et Lecomte, 1983). Ce réseau est somme toute marginal de par son poids politique et ses budgets.

En 1984-85, la position de chaque réseau sous son aspect budgétaire dans la région de Montréal métropolitain est la suivante: des 192,090,000 \$ dépensés en psychiatrie, les 4 C.H. psychiatriques dépensent 61,5 %; les 20 C.H. généraux 22,1 %; les 19 C.L.S.C. 2,9 %; les 16 C.A.H. 6,4 %; les 3 C.S.S. 4,6 et les 60 organismes communautaires 2,5 %. (CGO, 1986).

La marge de manoeuvre

• les ressources alternatives

Depuis le début des années 70, des ressources indépendantes du réseau public se créent et prônent de nouvelles approches en santé mentale. Ces ressources défendent les droits des patients, revendiquent des attitudes ou des services différents à l'égard des psychiatisés de la part du réseau public, et expérimentent de nouvelles approches en santé mentale. Reconnues valables par le Comité de la santé mentale du Québec en 1985, elles sont le fruit de l'initiative acharnée d'individus, psychiatisés ou non, et de groupes qui croient à la possibilité de transformer le milieu de la santé mentale, de permettre aux malades mentaux une véritable réinsertion sociale, et d'offrir des services ailleurs et autrement. Pour se donner une existence légale, ces groupes s'incorporent sous forme d'organismes sans but lucratif. Afin de constituer une force crédible et de faire valoir leurs revendications, ils s'unissent en 1981 au sein du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec. Mais, en se regroupant, ces groupes deviennent sans le prévoir une alternative valable à certaines institutions du réseau public, devenant dès lors un réseau en mesure d'entrer en compétition avec ces institutions.

• les structures intermédiaires

Depuis la fin des années 70, le réseau institutionnel cherche à se moderniser. Par le biais des C.S.S., se développent, à partir de 1979, des structures intermédiaires (foyers de groupe, appartements supervisés, appartements satellites : Leduc, 1983, 1988 ; Le Tourneaux, 1984) pour les patients hospitalisés. Ces structures s'ajoutent aux réseaux déjà existants des familles d'accueil et des pavillons regroupés sous la C.O.P.F.A. Pour des raisons légales, les C.S.S. choisissent aussi pour ces structures la formule d'organismes sans but lucratif. Jusqu'en 1983-84, les ressources alternatives et les structures intermédiaires cheminent parallèlement sans trop de heurts.

• la marge de manoeuvre

Les années 1981-83 sont marquées par la crise économique qui frappe durement les promoteurs institutionnels. Cette crise les oblige à gérer un budget de décroissance. Le M.S.S.S. oblige entre autres les 4 C.H. psychiatriques à réduire leur budget de 1 % en 1983. Le Conseil de la santé et des services sociaux de Montréal métropolitain (C.S.S.S.R.M.M.) propose alors que le 1 % soit utilisé pour financer d'autres ressources. En conformité avec ses objectifs de diversification des approches en santé mentale et de décentralisation des services dans les sous-régions de Montréal, il convainc le M.S.S.S. de réallouer cette somme récurrente de 2,257,000. \$ (c'est-à-dire disponible chaque année) au développement de services de réadaptation, d'intégration sociale et de maintien des malades psychiatriques dans la communauté. Ce montant récurrent est nommé marge de manoeuvre. Comme l'argent ne sera pas dépensé avant 18 mois, s'ajoute alors un montant non récurrent, constitué des sommes non dépensées et de leurs intérêts (Fontaine et Rochette, 1987).

Pour allouer ces ressources, le C.S.S.S.R.M.M. divise la région métropolitaine en quatre sous-régions (six maintenant) et crée pour chacune d'elles un comité aviseur composé de représentants institutionnels et communautaires pour planifier et développer les ressources. Ce comité aviseur sera coordonné par un permanent. Le C.S.S.S.R.M.M. laisse alors entendre que la marge de manoeuvre sera allouée aux ressources alternatives suscitant en cela d'énormes espoirs chez ces ressources, habituées qu'elles sont de vivre d'expédients. Mais le réseau institutionnel se croit aussi légitimé d'obtenir ces sommes pour satisfaire les besoins de sa clientèle. Il y voit en effet un moyen de réaliser son mandat de réinsertion sociale, dont l'hébergement constitue un élément essentiel. Le principal intéressé et le plus actif sera le C.S.S. car il a justement pour mandat de s'occuper de l'hébergement des patients, hébergement qu'il tente de diversifier depuis un certain nombre d'années en fonction des types de clientèle.

Le réseau institutionnel se mobilise donc et développe une stratégie, conforme aux règles régissant la compétition inter-réseaux, qui comprend 7 objectifs : 1) obtenir les sommes récurrentes ; 2) devenir administrativement responsable du permanent, nommé coordonnateur, des comités aviseurs, lequel a pour principales fonctions d'évaluer, de planifier, et de développer les ressources dans la sous-région sous son autorité ;

3) convaincre les autorités ministérielles qu'ils sont justifiés de réclamer ces sommes : « c'est notre argent » (l'argent provient des coupures budgétaires des hôpitaux psychiatriques), « nous seuls avons l'expertise de l'hébergement » (Morin, 1986, 93), « nous seuls connaissons la jeune clientèle lourde » (clientèle privilégiée par les comités aviseurs); 4) développer un programme type pour les foyers de groupe et appartements supervisés; 5) obtenir le droit exclusif de référence dans ces ressources; 6) convaincre le C.S.S.S.R.M.M. de la nécessité de doter chaque hôpital d'un praticien ressource pour sélectionner la clientèle hospitalière qui doit être hébergée dans les structures intermédiaires, et superviser ces ressources; 7) choisir la formule O.S.B.L. comme cadre juridique de ces ressources.

Claude Gendreau (1986) soutient que cette formule correspond à la politique du C.S.S. de créer un partenariat inter-institutionnel. Ainsi, en créant les O.S.B.L., le C.S.S. complète ce partenariat comme suit : centre hospitalier psychiatrique, C.S.S., familles d'accueil et O.S.B.L. Selon le même auteur, « C'est l'articulation publique, privée et communautaire. Cette concertation a généré la création de corporations mixtes à travers l'utilisation du cadre juridique des O.S.B.L. pour couvrir des champs d'intervention carrément externes, par exemple l'hébergement, soit pour des considérations réglementaires (problème d'immobilisation) ou d'accès à des programmes de subvention (S.C.H.L.), soit pour des considérations stratégiques (la valorisation du modèle alternatif), soit pour des considérations pragmatiques (rapidité d'exécution, non syndicalisation, coopération d'intervenants et/ou au besoin dissolution rapide). » (1987, 39).

Dans un premier temps, le C.S.S. réussit à convaincre les autres partenaires à la Commission des services en santé mentale du C.S.S.S.R.M.M. et la sous-ministre du M.S.S.S. en poste, du bien-fondé de ses objectifs, et vient très près de les atteindre. Mais le regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec se mobilise aussi, et convainc in extremis le M.S.S.S. et le C.S.S.S.R.M.M. de la nécessité d'un partage plus équitable des ressources monétaires. Le C.S.S.S.R.M.M. doit alors changer d'orientation et modifier le mode d'attribution des argents.

Le résultat de l'opération « marge de manoeuvre » se résume en 1987-88 comme suit : le réseau institutionnel est administrativement responsable de 4 coordonnateurs sur 6, et obtient par le biais des structures intermédiaires 45 % des sommes récurrentes et 12 % des sommes non récurrentes. Pour sa part, le réseau alternatif reçoit 55 % des sommes récurrentes et 88 % des sommes non récurrentes. Ces sommes non récurrentes sont attribuées en grande partie aux 17 ressources alternatives dont il a été fait mention en introduction.

Orientations pour les années à venir

Comme nous venons de le voir, le réseau institutionnel n'est pas monolithique. Il est en constante évolution et mutation. Selon les priorités du gouvernement, et les acteurs humains en poste, les réseaux en compétition varient. En sont un exemple les Centres de crise prévus dans les mesures de désengorgement des urgences lors de l'année 1986-87. Leur création a mis en cause deux réseaux institutionnels : les C.H. et les C.L.S.C. Ceux-ci ont été très actifs pour obtenir la responsabilité administrative et le droit exclusif de référence dans ces centres. Finalement, les C.H. ont obtenu le droit exclusif de référence dans certains des Centres de crise de la région métropolitaine; les ressources communautaires sont devenues administrativement responsables de 4 centres, et les C.L.S.C. d'un autre centre.

Que peut-on prévoir pour l'année en cours? Les C.H. psychiatriques seront très actifs dans le dossier désinstitutionnalisation qui risque de leur enlever pouvoir et prérogatives. Ils seront en compétition avec les C.H. généraux qui, recevant une partie de la clientèle désinstitutionnalisée, voudront aussi obtenir des ressources équivalentes. Les C.L.S.C. recevront un mandat de première ligne en santé mentale et voudront également obtenir des fonds à l'engagement de personnel nouveau. De plus, ils s'intéresseront sûrement à la réinsertion sociale et à l'hébergement (ils ont pour mandats l'action communautaire et le maintien à domicile), et seront amenés à entrer en compétition avec le C.S.S. et les organismes communautaires dans ces domaines.

Quant à la compétition actuelle entre le réseau institutionnel et les ressources communautaires, deux tendances se dessinent dans le réseau institutionnel. La première privilégie un durcissement à l'égard des ressources alternatives. L'attribution de reliquats pour l'hébergement à ces ressources est restreinte et conditionnelle

à un contrôle administratif et clinique de l'organisme. Cette tendance est aussi présente dans d'autres régions du Québec. L'autre tendance est plus libérale. Elle remet en question la stratégie voulant que la marge de manoeuvre finance les praticiens ressources (un des objectifs du réseau institutionnel), et la nécessité de créer à tout prix des structures intermédiaires pour satisfaire les besoins de la clientèle institutionnelle. Cette tendance privilégie un partenariat avec des ressources alternatives déjà existantes pour l'élaboration de programmes thérapeutiques d'hébergement et leur gérance. Dans les ressources alternatives, les mêmes tendances se retrouvent. L'une favorise un rapprochement avec les structures intermédiaires afin de créer un réseau communautaire moins marginal alors que l'autre tendance adopte une position plus dure, ne croyant pas du tout à la pertinence d'un tel rapprochement pour le développement des ressources alternatives. L'avenir nous dira ce qu'il résultera de ces deux courants.

NOTES

1. Ce sont le Centre d'apprentissage parallèle (CAP), PRACOM, St-James United Church, ARC, Soutien-jeunesse, Centrami, Action-santé, Citizen Advocacy, Club bienvenu, Autopsy, CILL, Atelier Centre-ville, Solidarité-psychiatrie, Croix Blanche, AEPPEQ, Suivi communautaire et PAL.
2. Cf l'article de C. Gendreau dans le présent numéro pour une analyse en profondeur de cette notion de promoteurs.

RÉFÉRENCES

- Comité de la santé mentale du Québec, 1985, *Rôles et place des ressources alternatives*, Gouvernement du Québec, Québec.
- Fontaine, N., Rochette, R., 1986, Ailleurs et autrement, *Santé mentale au Québec*, XI, no. 2, 75-88.
- Gendreau, C., 1986, *Les ressources intermédiaires en santé mentale: un réseau de services convergents public, privé et communautaire*, Rapport pour le comité de politique en santé mentale.
- Gendreau, C., 1988, Le public, le privé, le communautaire (acteurs et promoteurs sur le marché de la santé mentale), *Santé mentale au Québec*, XIII, no 1.
- Guertin, M., Lecomte, Y., 1983, Structures intermédiaires ou alternatives, *Santé mentale au Québec*, VIII, no 1, 4-6.
- Leduc, A., 1983, Deux expériences de structures intermédiaires issues d'une institution traditionnelle: foyer de groupe et appartements supervisés, *Santé mentale au Québec*, VIII, no. 1, 140-3.
- Leduc, A., 1988, Les appartements supervisés de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, *Santé mentale au Québec*, XIII, no. 1.
- Le Tourneux, M.C., 1984, Les alternatives: une expérience en cours dans la sous-région est de Montréal, *Administration hospitalière et sociale*, XXX, no. 6, 45-8.
- Morin, P., 1986, Main basse sur les ressources alternatives, *Santé mentale au Québec*, XI, no. 2, 89-94.