



279, rue Principale, local 304-B
Granby, Québec J2G 2W1
450.375.5868 450.375.8828(télécopie)
info@aasmm.com <http://www.aasmm.com>

SANTÉ MENTALE EN MONTÉRÉGIE : DES RÉSEAUX INTÉGRÉS DE SERVICES À LA CONCERTATION DES PRATIQUES

**Mémoire présenté par l'Association des Alternatives en santé mentale de
la Montérégie dans le cadre des réseaux intégrés de services**

Septembre 2004

Recherche et rédaction : Jean Gagné, Mario Poirier

En décembre dernier le gouvernement du Québec adoptait tout un train de mesures qui allaient changer bien des règles du jeu dans le domaine de la santé et des services sociaux. On a surtout discuté de ces lois adoptées à toute vapeur parce qu'elle remettait en question des droits syndicaux considérés pour acquis depuis plusieurs années. On a moins commenté le projet de Loi 25 qui, pourtant, vient complètement bouleverser l'organisation du réseau des établissements alors que la dernière réforme n'y a pas encore été complètement assimilée par tous les acteurs. Cette nouvelle loi veut imposer la mise en réseau de tous les services sociaux et de santé sous la responsabilité des nouvelles Agences de développement des réseaux locaux de services ou ex-Régies régionales.

L'idée de créer des réseaux intégrés de services n'est pas nouvelle et en santé mentale elle faisait partie intégrante du plan de transformation des services émis par le Ministère de la Santé et des Services sociaux en 1998. On pourrait même en faire remonter la généalogie jusqu'à l'adoption de la *Politique de santé mentale* en 1989 alors que les organismes communautaires et les établissements furent mobilisés pour planifier en partenariat leurs interventions et pour placer au centre de leurs préoccupations la personne et non plus le développement et les intérêts des organisations. Le milieu communautaire a participé activement à cette rédaction des *Plans régionaux d'organisation de services* aux débuts des années 1990 (Lamoureux, 1994; Guay, 1991) comme il a répondu aux diverses consultations subséquentes du ministère qui visaient toutes à assurer les meilleures conditions d'implantation de la politique ⁽¹⁾. Bref, depuis quinze années, on cherche à offrir plus de soutien dans la communauté et à déplacer le centre des préoccupations des établissements du maintien de leurs structures vers la satisfaction des besoins des personnes, cela dans une perspective *d'empowerment* ou d'appropriation du pouvoir. Un obstacle majeur à la réalisation de ces nobles objectifs est que dans toutes ces concertations on se préoccupe toujours des aménagements administratifs et on occulte la question des pratiques et des philosophies d'intervention. Toutefois et après de nombreux efforts quelques jalons étaient posés.

Ainsi, en 2002, le Ministère publiait un nouveau document intitulé *Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services en santé mentale* (avril 2002). Le document reconnaissait la nécessité de tenir compte des craintes émises par les organismes communautaires. En ce sens, les rédacteurs recommandaient la mise en place de réseaux de type horizontal ou virtuel afin d'éviter que le modèle ne dérape dans le contrôle social et pour préserver l'autonomie des organismes communautaires. Cette proposition fondait la collaboration sur le volontariat des groupes concernés et a suscité plusieurs expérimentations à travers le Québec (Fleury, 2002). Parmi les plus récentes on compte le projet de démonstration de mise en réseau des services en santé mentale du territoire du CLSC Longueuil-Ouest. Mais

¹ Nous pensons en particulier aux travaux qui ont conduit à la rédaction du Bilan d'implantation de la politique de santé mentale (Potvin 1997) à ceux entourant l'adoption du plan d'action pour la transformation des services de santé mentale en 1998 et le suivi des travaux du Groupe d'appui à la transformation du réseau de 1999 à 2003 ainsi qu'au suivi du Forum sur la santé mentale de septembre 2000.

la nouvelle Loi change la donne. Les RSI s'établiront désormais sur une toile de fond où tous les anciens établissements de santé ne feront plus qu'un. À cet égard la Loi intervient avec la subtilité d'un éléphant dans un magasin de porcelaine puisqu'elle impose tout à coup un cadre nouveau et obligatoire à la mise en place des réseaux intégrés de services. Ce qui s'annonçait comme un projet de collaboration multipartite a pris les apparences d'une « offre que vous ne pouvez pas vraiment refuser ». Néanmoins, il est de plus en plus évident que la Loi adoptée est incomplète et que plusieurs ajustements restent à faire. Le présent texte veut donc apporter une réflexion en ce sens et cela plus particulièrement en ce qui concerne la contribution que peuvent apporter les organismes alternatifs de santé mentale.

En Montérégie les ressources alternatives sont à l'image du territoire : très diversifiées, un peu éclatées au fil des sous-régions, en transformation au plan des clientèles. Certaines de ces ressources existent depuis déjà plus de vingt ans et sont des figures de proue dans le champ des alternatives en santé mentale. D'autres sont issues de projets plus récents et en sont encore au stade de consolider leurs maigres ressources. Toutefois, malgré cette diversité la majorité des organismes ont le sentiment de partager une culture qui leur est commune, et ressentent le besoin de faire mieux reconnaître leurs pratiques. Nous brosserons donc d'abord un bref tableau socio-démographique de la région. Nous tenterons ensuite de voir quels sont les enjeux administratifs et politiques soulevés par la création de *L'Agence de développement des Réseaux locaux*. Enfin nous proposerons de distinguer les définitions de « pratiques » et de « services de santé ». Cela étant fait nous tenterons de clarifier ce qui caractérise une pratique alternative en santé mentale et en quoi celle-ci est irréductible à une simple technique de soin ou à un simple « service » de santé mentale.

Quelques données socio-démographiques sur la Montérégie

D'un point de vue géographique la Montérégie est, à l'échelle du Québec, une vaste région. Son territoire couvre une superficie de 8763 kilomètres carrés. On y compte plus d'un million quatre cent mille habitants ou près de 18% de la population totale du Québec. Cela en fait la seconde région la plus peuplée de la province après Montréal. Elle est bordée au nord par le Saint-Laurent, au sud par deux états américains, le Vermont et New York, à l'ouest par la province de l'Ontario et à l'est par les régions du Centre du Québec et de l'Estrie. On y trouve deux communautés Mohawks d'envergure, Kanawake et Akwasasne. C'est aussi la région du Québec qui compte le plus grand nombre de municipalités régionales de comté (MRC). Avec un aussi vaste territoire on ne se surprendra pas de trouver une grande variété de milieux de vie. Il y a d'abord une zone suburbaine ou de banlieue qui par delà le fleuve enserrme l'île de Montréal comme un croissant auquel s'en superpose un autre qui est formé par une couronne de villes de moyenne envergure et tout autour le reste du territoire est essentiellement rural.

En ce qui a trait plus particulièrement à la santé, ce qui est le fond de notre propos, nous passerons en revue les grands déterminants socio-démographiques avec lesquels toute organisation des services doit composer. Nous tenterons ensuite de voir ce qu'il en est plus précisément pour la Montérégie. Il y a au premier chef la

richesse relative de la population. Le professeur Gilles Bibeau, anthropologue de la santé à l'Université de Montréal, précise en effet que toutes les études recensées à ce propos s'entendent pour tracer un lien direct entre les plus hauts revenus et un meilleur état de santé. Mais par delà cette constante il apparaît aussi que ce n'est pas seulement la richesse brute qui est en cause mais que c'est surtout de l'écart entre les riches et les pauvres. Plus cet écart s'étire et moins va la santé publique. « *On peut [...] conclure, sans trop exagérer, que la santé-maladie est globalement le résultat d'un accès inégal à la richesse, qu'elle relève d'une distribution inégale des ressources et qu'elle est associée à un statut social moindre* » (Bibeau, 1999; 3). Ainsi le facteur « richesse » est en fait modulé par l'état du social, l'égalité relative entre ses membres et leur cohésion (*connectedness*). Citant à l'appui de cette thèse un grand nombre de recherches américaines et européennes, Putnam (2001) affirme que plus nous sommes liés à notre communauté, moins nous courons le risque d'attraper le rhume, de faire une dépression, de développer un cancer ou une maladie cardiaque, etc. Ce lien à la communauté se tisse, bien entendu, dans la famille ou avec le voisinage mais aussi et sans doute plus aujourd'hui que jadis, en formant des associations. Ce qui fait dire à Putnam que : « *[...] les possibilités que vous mourriez (et elles sont nombreuses, croyez-moi!) au cours de la prochaine année se trouveront diminuées de moitié si vous vous joignez à un groupe, et des trois quarts si vous devenez membre de deux groupes* » (Putnam, 1996 ; 23).

Le lien établi entre l'état de santé d'une population et sa richesse relative est aussi vérifiée pour la santé mentale. On dit d'ailleurs que : « *La pauvreté et l'appauvrissement des populations constituent un des plus puissants prédicteurs de la genèse et de la chronicisation, de l'alourdissement et de l'augmentation de l'ensemble des problèmes de santé mentale* » (Robichaud et coll., 1994; 89). Or en Montérégie, malgré que le revenu moyen de l'ensemble des ménages soit légèrement plus élevé que celui de tous les ménages du Québec, il s'en trouve quand même 23% d'entre eux qui subsistent avec un revenu inférieur au seuil de pauvreté, soit moins de \$20,000 par année. Selon le Conseil régional de développement de la Montérégie (CRDM) le taux de chômage, en 2000 n'y était quand même que de 6.6%. En 2001 le pourcentage de la population de la région vivant des prestations de l'Assistance emploi était de 6.3% contre 9% au Québec. Cependant, note l'organisme, les jeunes de moins de 25 ans étaient en Montérégie parmi ceux qui connaissaient les taux les plus élevés de chômage au Québec. Comme on le voit, la seule observation des moyennes masque souvent des réalités qu'une analyse un peu plus poussée laisse apparaître. Ainsi, bien que la situation économique de la région apparaisse être dans la bonne moyenne du Québec, on y trouve quand même d'importantes zones de pauvreté. Dans certaines MRC le revenu moyen des ménages est inférieur de plus de 15% à la moyenne régionale alors que dans d'autres il est supérieur de 10% à 15%. Les municipalités du Haut Saint-Laurent de Brome, Missisquoi et d'Acton sont parmi les plus touchées par la pauvreté, tandis que celles du Bas-Richelieu, de Beauharnois, de Champlain et de Salaberry sont caractérisées par la plus grande polarisation entre les plus bas et les plus hauts revenus. Toujours selon CRDM, le pourcentage des locataires qui consacrent plus de 30% de leurs revenus au loyer varie, selon les villes de 21% à 52%. Pour la Direction de la santé publique de la Montérégie, une telle situation affectait dans une plus forte proportion que la moyenne québécoise les locataires qui résidaient en 1996 sur les territoires des CLSC du Havre, de la Seigneurie de Beauharnois, de Longueuil-Est et de St-Hubert.

Le *Portrait de santé de la Montérégie et de ses territoires* publié en 2003 par la direction de la santé publique de la Montérégie rapporte aussi que 140, 000 résidents de la Montérégie estiment que leur alimentation est moyenne ou mauvaise et 70, 000 disent manger moins qu'ils ne le devraient, parfois ou souvent, et cela faute de ressources financières suffisantes. Globalement c'est 20% de la population Montérégienne qui en 1998 décrit sa situation économique comme en étant une de pauvreté ou même de très grande pauvreté. Une enquête téléphonique plus récente menée au printemps 2000 révèle que cette perception varie du simple au triple selon le territoire de CLSC où l'on effectue les entrevues. Les territoires les plus affectés par la pauvreté seraient, selon cette enquête, ceux des CLSC de Longueuil-Ouest, de la Seigneurie de Beauharnois et de la Vallée des Patriotes.

Le vieillissement de la population globale du Québec avec l'accroissement des demandes de services de santé qui l'accompagne est un facteur de croissance des coûts qui est utilisé pour légitimer la réforme en cours. On associe ainsi l'âge et la détérioration de la santé comme un phénomène naturel et inéluctable. Le vieillissement de la population augmente le risque global de maladie. On dit qu'environ 80% de la population âgée de 65 ans et plus est atteint d'une ou de plusieurs maladies chroniques. Passé 85 ans, plus du tiers des personnes souffrent de démence (Bergman et coll., 1997). Mais à cela il faut ajouter que les personnes âgées forment aussi une population vivant en plus grande proportion avec des revenus inférieurs au seuil de la pauvreté (23% chez les 65 ans et plus en Montérégie) ce qui est, nous l'avons vu, un autre facteur prédictif puissant de maladies. Si pour le moment la population de la Montérégie est relativement jeune par rapport à la moyenne québécoise, on sait que vers 2011 elle aura rejoint un même profil des âges. En plus, on observe que dans la région c'est le groupe d'âge des 55 à 64 ans qui présente actuellement le plus fort taux (8% en 2001) de prestataires de l'aide sociale.

L'aide offerte par les proches ou ce que l'on a appelé le soutien social est depuis longtemps reconnue comme une source importante de protection pour la santé physique et mentale d'un individu (Carpentier et White, 2001; Turner et Turner, 1997). La famille et les amis insèrent l'individu dans un réseau d'entraide et d'informations qui peuvent l'aider à se maintenir en bonne en santé, à avoir un meilleur accès à des ressources utiles. Ce réseau apporte aussi un support psychologique en donnant un sens aux aléas qui confrontent l'individu. L'adversité et le non sens de l'accident ou de la maladie qui survient est, grâce à un bon réseau, ressaisit comme quelque chose sur lequel l'individu peut agir. Du coup et par sa seule présence, ce réseau étaye l'estime de soi de l'individu en lui confirmant sa valeur d'être.

Or, en Montérégie comme ailleurs, mais un peu plus rapidement semble t-il, la famille éclate et avec elle s'effritent les foyers traditionnels de support communautaire. Plus qu'auparavant des personnes vivent seules ou en union libre. Un plus grand nombre de parents élèvent leurs enfants sans l'aide d'un conjoint ou selon diverses formes de garde partagée. Alors qu'à l'autre bout de l'âge, chez les 75 ans et plus, 36 % des personnes vivent seules et à partir de 85 ans, 39% vivent maintenant en institution. Entre les deux, 13% des Montérégiens âgés de 15 ans et plus se disent insatisfaits de leur vie sociale, la situation étant un peu plus détériorée pour les femmes (14%) que pour les hommes (11%). Par contre plus d'hommes, soit 15% de cette même

population, affirment n'avoir aucun confident alors que ce n'est le cas que pour 8% des femmes du même grand groupe d'âge.

Tous ces taux ne tranchent pas de façon marquante sur la situation globale du Québec. Mais cela ne doit pas nous masquer les drames qui se cachent derrière les statistiques. Comme partout ailleurs on constate que la croissance économique ne profite pas à tous. Au contraire, elle masque une polarisation croissante des revenus entre des riches de plus en plus riches et des pauvres de plus en plus pauvres. Même s'il ne s'agit pas de phénomènes exclusifs à la région, le vieillissement de la population y devient un problème beaucoup plus préoccupant qu'auparavant, de même que pour l'effritement des solidarités familiales et de voisinage immédiat. Mais le niveau de ressources pour affronter ces nouvelles réalités est, lui, nettement inférieur à la moyenne nationale. L'étude du Regroupement des CLSC et CHSLD publics des régions du 450 situe cet écart négatif à plus de 40% et cela selon un calcul « populationnel » (ou *per capita*) comme dit vouloir l'établir le présent gouvernement!

Par contre, la Montérégie est riche d'une vie associative des plus dynamique. Quelques chiffres peuvent servir d'indice de cette vitalité. L'Agence de développement des RLS de la Montérégie reconnaît l'existence de 471 organismes communautaires sur son territoire. La Table des organismes communautaires de la Montérégie en réunit 175 sous son *membership*. Il y a aussi une Table régionale des organismes volontaires d'éducation populaire. Un autre regroupement régional réunit une quarantaine d'organismes communautaires du secteur « femmes ». La Montérégie abrite aussi un réseau jeunesse formée de plus de vingt Maisons de jeunes et de trois Auberges du cœur. Les personnes âgées, quant à elles, disposent d'un réseau de près 130 clubs de l'âge d'or et de plusieurs autres associations de retraités tels que l'AQDR (Association québécoise de défense des droits des retraités); l'AREQ (Association des retraités de l'enseignement du Québec); l'AQRP (Association québécoise des retraité(e)s des secteurs publics et parapublics); l'AGEAUTAM (Association générale des étudiants de l'antenne universitaire du 3e âge en Montérégie). La coopérative de développement régional recense pour sa part une centaine d'entreprises coopérative auxquelles ont peu ajouter les quelques 136 coopératives d'habitation de la région. Enfin, en santé mentale outre l'Association des Alternatives en santé mentale de la Montérégie (AASMM) qui regroupe 25 organismes de base, on peut dénombrer sept sections de la Fédération des familles et amis du malade mental ainsi que trois divisions de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM).

On peut penser que c'est cette implication populaire qui explique que malgré la pauvreté relative de son réseau des établissements de santé et de services sociaux, la Montérégie maintient quand même un niveau de santé et de bien-être comparable à la moyenne québécoise. Dès lors on pourrait être tenté de harnacher, littéralement, toute cette énergie au service de ce réseau afin de le renflouer. Mais un peu comme dans la fable de la poule aux œufs d'or cela pourrait signifier rompre le lien entre la richesse et sa source vivante!

La Loi sur les Agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux : La consultation en Montérégie

Le 17 décembre dernier le gouvernement québécois adoptait la Loi sur les Agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Comme on le sait cette Loi avait pour objectif de modifier l'organisation des services de santé et des services sociaux à la grandeur de la province. Il s'agissait de décloisonner ces services et de les rapprocher du patient pour que celui-ci puisse y avoir un meilleur accès. Ces objectifs sont vertueux et il serait mesquin de ne pas y souscrire. Néanmoins, l'enfer étant pavé de bonnes intentions, il est légitime d'en discuter les modalités d'application si tant est que celles prévues par la Loi nous apparaissent mal conçues pour atteindre adéquatement les objectifs annoncés. Cette Loi qui encadre aussi les services de santé mentale constitue donc un élément majeur du contexte dans lequel doivent évoluer les ressources alternatives en santé mentale membres de l'AASMM.

Il s'agit d'une réforme qui prétend dépasser l'État providence et revoir le modèle québécois des années 1960 et 1970 pour nous mettre collectivement à l'heure de la mondialisation. Celle-ci s'impose d'en haut sans trop de consultation et doit être appliquée « mur à mur ». Paradoxalement, le gouvernement Charest reproduit ainsi la manière qu'il reproche aux technocrates de la révolution tranquille (2). En effet, il commande à toutes les régions du Québec de réorganiser leurs services sociaux et de santé en les sous-régionalisant selon les territoires des centres hospitaliers. Pour soutenir cette transformation, le législateur a prévu la création de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dont le cœur administratif sera une « instance locale » formée par la fusion d'un ou de CLSC et CHSLD avec un ou des Centres hospitaliers. Dès lors cette instance, pour accomplir sa mission de distributeur local des services, s'associera avec les médecins de famille, des organismes communautaires et des entreprises privées par la voie d'ententes ou par « d'autres modalités ». Ceci dit, le législateur a aussi ouvert la porte à des exceptions (c.21 a. 26.) qui permettront à des Réseaux locaux de se constituer sans intégrer un centre hospitalier. On réfère alors, outre à l'évidence lorsqu'il y a absence de C.-H. sur le territoire prévu, à la trop grande complexité du projet d'intégration en raison d'obstacles physiques comme l'étendue du territoire ou à des motifs socioculturels, ethnoculturels ou linguistiques. On comprendra que cette clause d'exception est souvent invoquée en Montérégie puisque cette région est à la fois vaste et le foyer d'une population très variée. Pour préciser notre analyse, nous avons consulté la plupart des Mémoires soumis à l'Agence de développement des Réseaux locaux de services de santé et des services sociaux de la Montérégie à l'occasion de ses consultations en vue de la création des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Montérégie à la fin mars 2004.

² Le sociologue Marc Renaud (1977) explique que les réformes de la santé des années 1960 et 1970 au Québec différaient peu, sur le fond, de celles entreprises ailleurs au Canada et à la même époque. Ce qui en était cependant spécifique c'était l'utilisation plus systématique des pouvoirs de l'état, de l'autoritarisme législatif et de la propagande idéologique. Même s'il s'agit cette fois de défaire l'État providence plutôt que de le construire on reconnaît bien une même approche.

Rappelons-nous que lors de la commission parlementaire tenue sur le projet de Loi 25 en décembre 2003 à peu près tous les participants, sauf l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ), se sont prononcés contre l'adoption de la Loi sur les Agences. Malgré cela la Loi fut adoptée et c'est à partir de ce fait accompli que s'est effectué comme ailleurs au Québec la consultation en Montérégie. La plupart des intervenants à cette consultation abordent donc la question avec pragmatisme et se demandent comment il sera possible de tirer le maximum de cette loi et cela généralement en insistant sur la poursuite de ses objectifs plutôt que sur l'application stricte de ses méthodes. L'invocation de sa clause d'exception pour légitimer une dérogation à la fusion obligatoire avec un centre hospitalier est aussi chose fréquente. Comme ce fut le cas au niveau national en commission parlementaire, ce sont surtout les hôpitaux, en particulier la Conférence régionale des hôpitaux de la Montérégie et ses membres qui défendent véritablement les fusions aux hôpitaux. La Conférence va jusqu'à gourmander l'Agence pour avoir soumis deux hypothèses qui, si elles se réalisaient, permettraient la création de RSL sans Centre hospitalier.

Dans l'ensemble l'idée des fusions forcées est assez mal reçue. Une critique fréquente porte sur le fait que la loi s'appuie sur la création de localités artificielles en déterminant que les territoires des centres hospitaliers seront ceux des réseaux locaux alors que ceux-ci correspondent rarement aux habitudes réelles de consommation de services de santé. Cela soulève plusieurs enjeux : Le droit pour l'utilisateur de recourir à l'établissement et au professionnel de la santé de son choix; le maintien et le développement des services autres que curatifs; la production d'une identification des intervenants et de la clientèle à un territoire commun; et la faisabilité d'une distribution équitable des services tant entre les régions qu'à l'intérieur de chacune.

Ainsi, le fait est connu, bon nombre de Montérégiens qui vivent en bordure de Montréal y utilisent les services de santé parce qu'ils sont plus facilement accessibles à partir de leur lieu de résidence ou encore parce qu'ils sont plus près de leur lieu de travail ou simplement par compatibilité linguistique (3). Les mêmes motifs conduisent nombre d'autres utilisateurs des services de la région à transgresser les découpages sous-régionaux. Ces habitudes de consommation ne sont pas de purs caprices. Elles répondent à des besoins bien réels qui ne pourront être comblés sans l'ajout significatif de ressources; autrement, on ne réussira à retenir les clientèles en sous-régions que par des contraintes administratives et cela en consacrant l'iniquité inter et intra régionale. La logique technocratique pousse ainsi certains intervenants à oublier que le but de cette réorganisation est de servir des humains et non pas de contraindre les personnes à se plier à une rationalité de management. Ainsi dans le Suroît, on lit avec étonnement le mémoire du CLSC Seigneurie de Beauharnois selon lequel il convient d'aller de l'avant avec un RSL du Grand Suroît. D'après ce mémoire, en effet, la complexité que l'on pourrait invoquer à l'encontre de la fusion de tous les établissements du nouveau territoire ne provient que des attitudes des dispensateurs de services et des habitudes de la population (CLSC Seigneurie de Beauharnois, 2004; 9). Il n'y a donc pas d'obstacle « technique » qui légitimerait un recours à la

³ On pense en particulier aux résidents et résidentes des MRC de Champlain, de Lajemmerais, de Roussillon, de la Vallée du Richelieu, de Vaudreuil-Soulanges et de Beauharnois-Sallaberry.

clause dérogatoire prévue par la Loi. L'argument légal est peut être valable mais on se demande bien comment un établissement de santé peut ainsi faire fi du facteur humain, alors que la qualité des relations et la confiance sont les ingrédients essentiels pour le succès de toute entreprise thérapeutique.

Dans ce même sens, les « localités » proposées par la nouvelle agence regroupent parfois ensembles des secteurs ruraux avec d'autres plus industrialisés, des territoires où la communauté anglophone est très présente avec d'autres où elle y est peu, ou encore des villes et villages plutôt cossus avec d'autres qui sont moins bien nantis. Dans un contexte de rareté des ressources, la création de réseaux locaux desservant des populations avec des besoins hétérogènes pose évidemment le problème de maintenir une gamme de services suffisamment large pour garantir un accès équitable à tous. Ainsi les localités les plus pauvres en ressources craignent que leur intégration à des localités plus riches ne masque désormais leur situation réelle aux yeux de l'Agence et du ministère tandis que leurs besoins resteront inchangés dans les faits. À l'inverse les plus riches s'inquiètent de voir leur couverture diminuée pour répondre aux demandes de leurs nouveaux commettants. De leur côté, les petites communautés anglophones craignent de perdre l'accès aux services dans leur langue en étant noyé dans de grands ensembles massivement francophones. L'exigence que le réseau local intègre un centre hospitalier impose la création de territoires plutôt vastes surtout dans des régions rurales ou suburbaines qui sont moins densément peuplés. Les centres hospitaliers sont massivement en accord avec cette idée. Pour eux se transformer en « méga-institutions » a l'avantage d'acquérir une « masse critique » suffisante pour justifier des budgets accrus et pour recruter et retenir des spécialistes à l'avenant. Pour les autres, cependant, la fusion des établissements est souvent appréhendée comme un éloignement du centre des décisions par rapport autant aux usagers qui en utiliseront les points de service qu'aux employés qui y travailleront. Plusieurs invoqueront donc les objectifs initiaux de la Loi pour en recommander une application modérée.

Ensuite, comme le C.-H. est toujours le plus gros partenaire des fusions il est aussi le plus susceptible d'imposer ses vues aux autres. On s'inquiète alors de la préservation des missions particulières des CLSC et CHSLD, mais aussi du type d'entente que l'on fera avec les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale. Il serait en effet tentant de financer le déficit des hôpitaux ou du moins d'en ralentir la progression en détournant une part des budgets alloués aux activités de prévention, de promotion, de réadaptation ou de suivi dans la communauté au profit des plus onéreux services curatifs. Comme les hôpitaux du Québec apportent dans la fusion une dot qui est en fait un déficit d'un milliard de dollars et qu'il n'est pas précisé nulle part comment sera organisé la ventilation des budgets locaux, on comprendra bien le cri d'alarme lancé par plusieurs CLSC et groupes communautaires des diverses sous-régions (4). Cet appauvrissement de ce qu'il est convenu d'appeler la première et la

⁴ Madame Michèle Auclair, conseillère spéciale à l'implantation des réseaux locaux de services au Cabinet du sous-ministre du ministère de la Santé et des services sociaux a quand même indiqué qu'on avait mis sur pied un groupe de travail à Québec afin de répondre à cette inquiétude souvent exprimée à l'occasions des consultations régionales sur la mise en place des RLS. Madame Auclair répondait ainsi à

troisième ligne s'effectuerait d'autant plus facilement que la nouvelle Loi prescrit plus qu'elle autorise l'élaboration d'ententes avec le secteur privé ou communautaire. Déjà dans certains CHSLD les syndicats constatent que par mesure d'économie on embauche des remplaçants par le biais d'agences privées de placements temporaires. Cela pourrait avoir le tort de déstabiliser l'univers de patients qui peuvent difficilement établir un lien de confiance avec des figures qui changent constamment et de fragiliser en outre les équipes de travail qui puisent, elles aussi, leur rendement et leur efficacité dans une cohésion acquise au jour le jour entre collègues.

Du côté des ressources communautaires on tient à maintenir des activités qui soient soutenues par une subvention globale et cela par delà des collaborations mêmes étroites avec l'un ou l'autre des établissements publics. Elles revendiquent le respect de leur autonomie et l'élaboration de rapports non autoritaires entre eux et les éventuelles instances locales. À cet égard tous les mémoires communautaires demandent à ce que le programme de subvention (SOC) reste administré à un niveau régional et cela de manière à justement préserver cette relative indépendance des organismes communautaires à l'égard des ententes qu'ils pourront établir ou non avec le Réseau local. Quelques mémoires rappellent avec pertinence que le ministère et le regroupement des Tables régionales d'organismes communautaires du Québec sont à élaborer des balises qui devraient encadrer toutes ces ententes et qu'il serait préférable de se joindre à ces travaux plutôt que de négocier à la pièce et dans des conditions pas toujours favorables avec des instances dont le mandat n'est d'ailleurs qu'encore grossièrement définie (5). Cela reste à faire puisque à lire certains mémoires d'établissements, il semble bien qu'on ait compris que la collaboration des organismes communautaires au RSL devrait s'entendre comme un contrat d'exclusivité. Ainsi peut-on lire dans le mémoire présenté conjointement par le Réseau Santé Richelieu-Yamaska et le CLSC-CHSLD des Maskoutains avec celui de la MRC d'Acton, qu'une des raisons importantes pour inclure le territoire actuel du CLSC des Patriotes dans l'éventuelle configuration du Réseau local de Richelieu-Yamaska, serait le respect des habitudes de fréquentation des ressources communautaires comme MADH, Contact Richelieu-Yamaska et Élan Demain. Autrement, ces ressources se verraient coupées d'une partie de leurs participants de toujours. Une telle interprétation est fort inquiétante puisqu'elle signifierait que désormais les organismes communautaires devraient limiter leurs activités et leur *membership* sur la base des nouveaux territoires des RSL et non plus sur le volontariat comme ils l'ont toujours fait. Il importera de clarifier ce point au plus tôt et en particulier auprès des éventuels administrateurs des RSL.

une question qui lui était posée lors de sa conférence donnée le 21 avril 2004 au Regroupement inter-organismes pour une politique familiale au Québec.

⁵ Dans *L'express de l'Agence*, No 3, 8 mars 2004, on peut lire que l'agence de la Montérégie prévoit « élaborer un cadre de collaboration destiné aux réseaux locaux et aux organismes communautaires et bénévoles ». Il est indiqué que la TROC-M sera du Comité chargé de mener à bien ce dossier. Par ailleurs la Table Provinciale des regroupements d'organismes communautaires du Québec adressait récemment, le 14 avril dernier, une lettre au sous ministre Roger Paquet chargé de cette négociation afin de lui faire valoir certaines réserves quant aux propositions émises par le regroupement des TROC. Il serait sans doute pertinent de faire entériner les porte-parole du mouvement communautaire par des « états généraux » plutôt que de laisser au sous-ministre le choix de ses interlocuteurs.

Enfin on reproche aussi à la nouvelle Loi de provoquer un déficit démocratique. La loi a été adoptée à toute vapeur, en utilisant le bâillon et cela sans l'assise d'une demande formulée par les personnes ou les groupes intéressés. Plusieurs intervenants ont aussi souligné que les consultations rapides lancées après l'adoption de la Loi ne sont que simulacre. D'une part la consultation porte sur une Loi qui de toute façon est déjà en vigueur, et d'autre part les délais imposés aux groupes intéressés ne permettent pas l'élaboration d'une réflexion approfondie. Le diagnostic de « déficit démocratique » encouru par la réforme s'appuie aussi sur le fait que les administrateurs des nouvelles Agences et ex-Régies seront désormais nommés par le ministre plutôt qu'élus. Sur proposition des anciens administrateurs des établissements il nommera aussi ceux des agences locales, ce qui n'est pas un gros compromis de la gouverne centrale envers la dynamique locale. Quelles que soient les consultations préalables, le ministre s'est donné la possibilité de créer une harmonie de façade en choisissant les candidats plutôt qu'en élaborant un cadre d'éligibilité qui permette aux citoyens de la localité de désigner eux-mêmes les administrateurs qui représenteront leurs intérêts et préoccupation dans l'administration de ce qui, en somme, est le maître d'œuvre d'une des missions les plus importantes de notre équipement collectif. Les organismes communautaires, en particulier, sont unanimes à refuser que l'on désigne de l'extérieur de leurs rangs les personnes qui les représenteront. On pense là, bien entendu, au Forum des citoyens auquel on accorde peu de légitimité. En échange plusieurs CDEC se portent volontaires pour organiser une sélection démocratique de tels représentants et invitent tous les autres grands groupes sociaux à faire de même. D'autres, parfois les mêmes, proposent d'instaurer des sessions régulières de concertation qui regrouperaient les différents groupes sociaux intéressés pour faire régulièrement le point sur le réseau local, en évaluer les succès et en réorienter les actions en conséquence. Autrement on a aussi proposé d'instaurer des comités tripartis de direction qui seraient formées en parité par des représentants des établissements pour le premier tiers, par des représentants des organismes communautaires actifs dans les champs de la santé et des services sociaux pour le second tiers et pour le dernier par des personnes issues des milieux connexes comme l'éducation, la sécurité publique, l'administration municipale, etc.

La création d'un seul « super établissement » par RSL interpelle aussi les groupes de défense de droits et les Comités d'usagers. On semble en effet avoir oublié de préciser si les usagers perdent leurs lieux de représentation auprès des différents établissements de l'ancien régime, pour se retrouver avec un seul chargé de regrouper indifféremment tous les bénéficiaires du Réseau local. La vigilance pour le respect des droits et du bien être de la clientèle, souligne un mémoire conjoint de l'AQDR de Granby et de la Dynamique des handicapées de l'Estrie, est d'autant plus à l'ordre du jour dans une période de changement alors que les rôles, mandats et services s'exercent dans un entre-deux. Malheureusement il semble bien que par son silence sur la question, le législateur n'ait pas prévu d'aménagements particuliers pour la formation du Comité d'usagers des nouveaux établissements qui serviront d'énormes bassins de clientèles aux besoins multiples.

En résumé, on peut reprocher à cette réforme de brasser des structures alors que le problème le plus urgent, surtout en Montérégie, c'est le manque de ressources financières et humaines pour faire face aux besoins de la population. Tous s'entendent, même les plus chauds partisans de la Loi, pour réclamer non seulement

des fonds récurrents pour réaliser les objectifs de la Loi mais aussi des subventions de transition pour assurer son implantation sans grever les budgets alloués aux activités ou aux services à la population. Plusieurs signalent que la création de réseaux intégrés de services était déjà en bonne voie de réalisation dans plusieurs localités et que cela se réalisait par des ententes de gré à gré sans qu'il soit nécessaire de fusionner des établissements ni d'enrôler plus ou moins volontairement des groupes communautaires. La Loi vient ainsi court-circuiter un processus qui était déjà en branle en lui imposant un cadre formel qui en pervertit le sens. Les nouveaux réseaux ne correspondent pas à des habitudes de collaboration ni de consommation bien établie. L'usage de la contrainte légale pour obtenir un résultat qui est une meilleure collaboration entre des intervenants qui au départ ne partagent pas la même culture de travail risque bien plus de faire se dresser les défenses que de favoriser la mise en confiance. La fusion forcée crée des super-établissements ce qui tend plus à déshumaniser les services qu'à les rapprocher des gens. De plus, l'hôpital étant le centre de ces nouvelles structures on craint fort qu'elles privilégient les missions curatives sur toutes les autres et cela à l'encontre de toutes les nouvelles tendances en matière de santé publique.

Enfin, pour les groupes communautaires, le statut qui leur sera conféré demeure encore nébuleux. On garantit le maintien de leur cadre de subvention à un niveau régional, mais pour les deux prochaines années seulement. Le gouvernement a dit opter pour la consolidation des ressources communautaires, mais si l'on s'en tient au dernier budget, les sommes allouées sont à la fois peu importantes et surtout tellement ciblées que cette promesse en devient insignifiante. Dans cet univers, l'assurance de la préservation de l'autonomie des organismes équivaut à offrir le choix entre la fermeture des groupes et l'acceptation volontaire de contrats qui, en fait, les placent au service des établissements du réseau plutôt qu'à leurs membres et à leur conseil d'administration. Cette transformation des groupes en fournisseurs de services à bon marché et en réservoir de *cheap labour* est évidemment contraire au rôle social des organismes communautaires. Tout le monde y perd! On affaiblit les communautés, on crée des emplois de mauvaise qualité et on multiplie les distributeurs de services avec les risques de faille dans le système que cela comporte alors même que l'on prétend favoriser la continuité des services.

Les organismes communautaires devront vivre avec la Loi. Néanmoins en démocratie l'obéissance aux règles signifie aussi l'exercice du droit à en débattre et à participer à leurs modifications s'il y a lieu. À cet égard, l'Agence de la Montérégie prépare un « événement » pour l'automne prochain et qui a les allures d'un Forum public où il sera possible de s'exprimer sur la mise en place des fameux réseaux. Il y aura là une tribune pour faire valoir d'autres méthodes propices à l'élaboration de réseaux de collaborations entre les divers établissements et les organismes communautaires. Mais auparavant il importe de faire un retour sur la spécificité des organismes alternatifs en santé mentale.

On ne peut réclamer la consolidation financière et le respect de l'autonomie de ces organismes sans d'abord faire la démonstration qu'il s'agit là de conditions nécessaires à la contribution qu'ils apportent à l'amélioration de la santé mentale de la population de la Montérégie. Autrement, en effet, nous devons les reconnaître au même titre que tous les groupes d'intérêts, lobbys ou groupes corporatifs qui veulent

simplement protéger et améliorer la position stratégique et les conditions sociales et économiques de leurs membres sans toujours tenir compte du bien commun.

La nature des pratiques alternatives

Qu'est-ce qui caractérise les pratiques alternatives en santé mentale? Tout d'abord qu'il s'agit justement de pratiques, et non pas seulement de services. La nuance est importante. Un service fait référence à une action réalisée pour un client, un simple produit du travail rémunéré. Comme le précise le *Petit Robert* : « Travail de celui qui est chargé de servir des clients; manière dont ce travail est fait ». Si nous l'appliquons au champ de la santé, la notion de service correspond donc à celle de client. Ainsi, on perçoit certes le client comme étant au centre du système de santé mais dans la même optique mercantile qui fait dire dans le commerce que « le client a toujours raison ». L'État paie pour des services offerts à sa population, qui sont les clients de « producteurs de services ».

Le patient du système hospitalier y recevrait donc un simple service, en tant que client dont la note est défrayée par l'État. L'expert sert le client. Le client vient s'asseoir, attendre son tour, présenter ses symptômes, recevoir un diagnostic, subir un traitement, le plus souvent axé sur une prise de médicaments. Il n'est réellement actif qu'en ce qu'il se déplace (et attend patiemment!) la livraison du service, tout comme s'il allait chez le restaurateur. Le « producteur de services » n'a pas à avoir un lien particulier avec son client, n'a pas à se préoccuper outre mesure de ses sentiments, n'a pas à s'inquiéter de lui au-delà d'un respect de surface, forme de politesse toute marchande. Le client n'a pas non plus à participer outre mesure à la livraison du service, ni à se sentir lié à l'institution, ni à avoir le sentiment qu'il peut agir dans cette prestation, au-delà du pouvoir tout relatif de se plaindre s'il est mécontent. Que le service médical soit de nature purement physique ou qu'il relève de la santé mentale importe peu : la « maladie mentale » est une maladie comme les autres. Tout est affaire de technique, de production de service. C'est d'ailleurs bien ainsi qu'est perçu le service psychiatrique par la majorité des patients fréquentant l'hôpital : c'est un lieu « professionnel » où l'accueil est froid, le cadre formel, les cliniciens distants, le discours sur la maladie omniprésent, le tout laissant peu de place aux rapports humains. C'est ce qui se dégage en général du discours des personnes ayant reçu des services psychiatriques.

Quoique le réseau alternatif soit pour l'essentiel financé par l'État, qu'il soit soumis à de constantes pressions pour se conformer à cette logique d'organisation de services et pour se joindre à l'esprit bienheureux de la complémentarité des services, ses origines et sa culture diffèrent considérablement. En fait, pour comprendre l'esprit des milieux alternatifs, il faut sortir de cette logique marchande des lieux de services pour les concevoir plutôt comme des lieux de pratiques et même comme des « écoles de pensée ». C'est ce qui est oublié, glissé sous le tapis : chaque ressource alternative est une école de pensée. Elle propose un cadre théorique qui lui est particulier, une façon de faire inédite, unique. C'est vrai non seulement des maisons les plus anciennes, mais également des groupes d'entraide, des groupes de défense des droits, des programmes alternatifs de suivi communautaire, des groupes de réinsertion sociale. Certes, dans plusieurs milieux alternatifs on a fini – effet de contagion

financière – par parler de « services » mais quand on examine bien la nature et le fonctionnement de ces lieux d'aide on se rend compte qu'ils sont tous marqués par une certaine originalité dans la pratique d'intervention, par un rapport innovant aux personnes souffrantes, par un *modus vivendi* qu'on ne retrouve pas ailleurs dans le réseau de la santé.

Un espace de dignité

Au cœur de l'alternatif, la recherche de la dignité. Celle-ci passe par un élargissement de la représentation de l'être humain et des modèles d'aide. Ce n'est pas qu'une maladie qu'on souhaite soigner, c'est une personne qu'on souhaite accueillir, aider, encourager, soutenir, motiver à se prendre en main et à retrouver du pouvoir face à sa propre vie et dans son rapport à la société. Les milieux alternatifs sont des milieux d'écoute et d'humilité face à la souffrance, de constante remise en question face aux outils d'intervention. On y est ouvert à la clinique, aux théories thérapeutiques, mais sur un fond de doute. On se demande si toutes ces approches sont cohérentes avec le respect des personnes et avec l'objectif de tenir compte de l'ensemble des facteurs contribuant à la santé mentale. Comme le dit fort bien Ellen Corin (2000, p. 11) :

« (...) il s'agit de s'opposer à ce qui est perçu comme un appauvrissement ou une rigidification des pratiques en institution et de demander la reprise en compte d'une gamme plus large d'expériences et de modèles dans le champ de la thérapie; et d'autre part, de parler de pratiques qui se revendiquent aussi de la notion de thérapie mais qui s'ancrent dans une conception plus large de l'homme et de la souffrance psychique ».

Derrière tout cela se profile un discours sur la dignité inaliénable de chaque être humain, quel que soit son degré d'ajustement à la société. Ce discours, faut-il le rappeler, est né d'un long combat contre les formes successives et toujours présentes dans l'Histoire des tyrannies politiques, religieuses, culturelles et économiques. Il s'actualise tout particulièrement à la Renaissance, par exemple dans le texte de Pic de la Mirandole (*Discours sur la dignité de l'Homme*), pour s'élaborer à l'âge classique dans les oeuvres de John Locke, de Voltaire, de Rousseau, de John Stuart Mill et conduire, dans la foulée des révolutions françaises et américaines, à la naissance de constitutions axées sur les droits des citoyens, droits inscrits par la suite dans les diverses moutures des chartes de droits. La *Déclaration universelle des droits de l'Homme* adoptée par les Nations Unies en 1948 résulte ainsi de ce long périple qui a conduit à la pleine reconnaissance de *la primauté de l'être humain* sur tous les « traitements » et « services » qu'on souhaiterait lui infliger.

Cette *Déclaration universelle* ne met pas que l'accent sur des droits. Après la tragédie de l'Holocauste, la *Déclaration* prend plutôt note qu'il ne s'agit pas seulement de reconnaître des droits mais bien de promouvoir, au premier plan, la reconnaissance fondamentale de la dignité humaine. Il s'agit d'une innovation majeure. Ainsi l'article premier de la *Déclaration* est tout à fait explicite : « *Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité.* » C'est sur ce

fondement de la dignité que doivent se concevoir les pratiques et non pas sur la base des seules valeurs technocratiques de l'ordre et de la productivité, valeurs dont la dérive pathologique ultime est la construction d'excellentes chambres à gaz, conçues dans la meilleure « organisation des services » imaginable.

Ainsi se pose une question fondamentale, au cœur de chaque pratique et qui doit précéder toute volonté d'intervention avec des êtres humains : agirons-nous avec dignité, agirons-nous dans un souci de fraternité? Si nous examinons un tant soit peu les récentes réactions *d'indignation* de la population au lendemain du dévoilement des actes de certains travailleurs au CHSLD St-Charles Borromée, que devons-nous constater? Si nous sommes sensibles aux réactions *d'indignation* produites par la situation d'une vieille dame âgée, souffrant de l'Alzheimer, débarquée en taxi en pleine nuit dans la ville, après avoir été éjectée par les infirmières de l'urgence hospitalière où elle se trouvait, que pouvons-nous dire? Tout d'abord que cette idée de dignité n'est pas un vain concept ou un vœu naïf mais que c'est une notion au cœur même de tout soin, de toute aide. Nous ne devons pas traiter indignement les personnes que nous aidons, nous ne devons pas négliger notre devoir premier de fraternité.

Dans la logique des pratiques communautaires, la personne prime toujours sur le produit (programme ou service). Il ne s'agit pas de lui offrir un simple service ou même une brochette de services. Il s'agit plutôt d'accueillir une personne dans son intégralité, d'aborder l'ensemble de son quotidien, de chercher à la comprendre à plusieurs niveaux et de mettre en branle une aide axée sur la mobilisation de ses forces. Cela se fait avec la personne qui vient chercher de l'aide. Chaque ressource alternative en santé mentale s'efforce de construire *un espace de dignité* pour recevoir la souffrance humaine. La ressource alternative est donc d'abord un lieu proposant des valeurs. Comme le souligne Ellen Corin, qui fait l'étude du terme « alternative » dans les dictionnaires (2000, p. 12) : « *Dans un premier sens, l'alternative désigne la possibilité d'une certaine liberté. Dans un second sens, toujours selon le dictionnaire, la notion d'alternative implique un jugement de valeur; elle décrit alors une solution de remplacement se voulant davantage adaptée aux personnes (...).* »

Se définir comme pratique

Corin (2000) montre très bien comment les pratiques alternatives sont cependant frileuses et inquiètes quand vient le moment de se reconnaître comme ressources cliniques. On pourrait croire que cette inquiétude est fondée sur la faible formation des intervenants qui y oeuvrent sauf qu'un examen plus approfondi apporte quelques surprises : des enquêtes ont démontré qu'une vaste majorité des intervenants qui y oeuvrent sont de nos jours titulaires de diplômes collégiaux ou universitaires et que ceux qui n'ont pas de diplôme ont souvent derrière eux une pratique de nombreuses années. En outre, presque toutes les ressources bénéficient d'un soutien interne ou externe de coordination ou de supervision clinique. Enfin, elles offrent fréquemment des formations en cours d'emploi et des activités de perfectionnement continu. On peut alors fort bien comparer de nos jours la compétence des intervenants des milieux alternatifs aux équipes en CLSC ou même à la plupart des milieux hospitaliers. Certes, l'expertise proprement psychiatrique est absente dans les milieux alternatifs,

mais ce n'est pas exclusif à ce milieu : on trouve fort peu de psychiatres dans les CLSC.

Il reste qu'un vent d'inquiétude circule dans les ressources alternatives, et ce n'est pas que pour des raisons financières. On s'y interroge beaucoup sur ses compétences alors même que les personnes qui viennent chercher de l'aide en ressortent généralement satisfaites. Bref, on se remet beaucoup en question. D'un côté, ce doute même est signe d'une pratique fondée sur une éthique de la dignité. On a toujours raison de se remettre en question et ce ne serait pas une mauvaise chose que cette attitude soit davantage présente dans tous les milieux cliniques. C'est quand on fait aveuglement confiance à ses outils, à ses compétences, qu'on risque les plus sévères dérives. D'un autre côté, il faut que le doute soit compensé par un certain sentiment de fierté dans l'action, de satisfaction face au travail. Cela passe par une affirmation positive de l'identité.

Se définir comme pratique alternative revient à réaliser pleinement qu'on fait un travail qui diffère, du moins pour certains points essentiels, du travail clinique qui se fait dans le réseau de la santé. Charles Rice (2004, pp. 5-6) en donne déjà un aperçu en soulevant plusieurs aspects de cette façon de faire « ailleurs et autrement », notamment : reconnaître les troubles mentaux comme phénomènes complexes, qui ne peuvent être ramenés aux seules variables biologiques; sortir du discours aliénant des troubles « sévères et persistants » qui donne peu d'espoir aux personnes et peu de prise à la notion de rétablissement; reconnaître que la prise en charge par la personne de sa propre démarche contribue au processus de rétablissement; accepter comme élément structurant des changements de pratique les efforts de défense et de respect des droits; reconnaître la spécificité de l'action communautaire autonome comme lieu d'expérimentation de nouvelles pratiques sociales.

S'inscrire dans une dynamique alternative impose une façon différente d'aborder les personnes aux prises avec des difficultés de santé mentale, et tout d'abord de ne pas dissocier drastiquement la personne de ses difficultés. L'accent n'est pas d'emblée mis sur la mécanique pathologique mais plutôt sur le respect et l'écoute de l'état intérieur d'une personne. Sans la pleine participation volontaire de cette personne, comment pouvons-nous même prétendre saisir complètement la nature et l'intensité de ses difficultés?

Les pratiques des milieux alternatifs et communautaires touchent à plusieurs aspects de l'aide à la personne : accueil et orientation, psychothérapie, réadaptation, entraide, hébergement, défense des droits, aide à accès au logement social, intégration au travail, référence. Chaque milieu oeuvre dans un esprit de soutien actif à la personne et intervient souvent à plusieurs niveaux différents. Diversité et créativité sont au rendez-vous. Mais qu'en est-il de la validité de ces pratiques? Sont-elles cliniquement pertinentes? Il y a certes place à davantage de recherche de ce côté, comme pour tout ce qui touche l'efficacité thérapeutique en santé mentale, mais les indices disponibles semblent démontrer que ces pratiques sont utiles et efficaces, même en comparaison avec les pratiques du réseau. Nous en donnerons un exemple parmi d'autres: les programmes de soutien dans la communauté.

Les programmes de soutien dans la communauté (ou suivis communautaires) existent depuis déjà quelques années en Montérégie. Ils sont pour la plupart directement issus des milieux communautaires et alternatifs. Il faut bien distinguer ces programmes des programmes issus du réseau et opérant selon le modèle PACT (ou SIM : « suivi intensif dans le milieu »). Le modèle PACT met l'accent sur un suivi intensif mais dont l'objectif premier est de s'assurer de la prise de psychotropes. Nous avons rencontré des intervenants oeuvrant dans un modèle PACT qui nous ont dit qu'ils avaient assez souvent ce sentiment d'être des « livreurs de pilules », avec fort peu de temps pour faire autre chose. Ils servent principalement de courroie de transmission pour les prescriptions cliniques venant d'en haut. Or, cette réalité est occultée par les théoriciens du modèle qui ont récupéré le discours des milieux communautaires en reprenant les notions « *d'empowerment* » et de « *soutien personnalisé* » dans la communauté. Il y a loin de la coupe aux lèvres.

Le modèle de soutien dans la communauté se distingue clairement du modèle PACT à plusieurs niveaux : l'accent y est mis sur les forces de la personne plutôt que sur sa maladie; la relation d'aide est une composante primordiale et centrale du processus de soutien (elle peut se prolonger plusieurs années consécutives); l'intervention intègre des dimensions d'accompagnement mais aussi de représentation des personnes et de leurs droits (*advocacy*); enfin, les personnes sont considérées comme étant capables de progresser, d'apprendre, de grandir, de choisir, de changer et ne sont donc pas perçues comme d'éternels porteurs de « troubles sévères et persistants » (Rice, 2004).

On voit bien l'importance qui est donnée ici aux dimensions de dignité, d'empathie et *d'empowerment*. Il ne s'agit pas d'un même service qui serait donné un peu différemment dans le réseau de l'alternative mais bien de pratiques distinctes, portées par des valeurs différentes. Dans le cas des modèles alternatifs de soutien dans la communauté, le lien d'aide est davantage investi, global, approfondi et individualisé. Ce lien s'établit sur la base d'une reconnaissance réelle du potentiel de la personne et il est centré sur l'amélioration progressive de sa qualité de vie. Dans ce cadre, le soutien à la médication peut jouer un rôle, si la personne le désire, mais ce soutien n'est pas au premier plan de l'intervention. On tient d'abord compte des objectifs de la personne, de ses craintes, de ses désirs, de sa vision des choses.

Une telle façon de faire est-elle efficace? Une recherche récente a permis de comparer le modèle PACT à un modèle de soutien dans la communauté (Barry et collaborateurs, 2003 : voir Rice, 2004, p. 11). Les chercheurs ont suivi durant deux ans 174 personnes inscrites dans l'un ou l'autre modèle. Les personnes avaient auparavant accumulé au moins 120 jours d'hospitalisation et connu au moins 5 admissions à l'hôpital. Après deux ans, les chercheurs constatent que les deux modèles obtiennent des résultats équivalents en ce qui a trait aux principaux indicateurs, dont la diminution des hospitalisations. C'est en soi assez remarquable si on sait que le modèle PACT coûte généralement beaucoup plus cher que le modèle communautaire puisque les intervenants des PACT sont généralement plus nombreux et qu'ils sont mieux rémunérés (selon les normes du réseau). Toutefois, les avantages du modèle communautaire ne s'arrêtent pas là. En effet, les chercheurs ont aussi observé qu'au niveau clinique le modèle communautaire permet *une plus grande réduction des symptômes positifs et négatifs* que le modèle PACT. Il s'agit

d'une réduction statistiquement significative. On voit par cet exemple que les milieux alternatifs et communautaires n'ont pas raison de craindre d'emblée la comparaison au plan de l'efficacité clinique avec le réseau. La démonstration scientifique de l'efficacité n'est pas toujours du côté des pratiques institutionnelles.

La satisfaction des personnes est aussi un indice de l'efficacité, surtout dans un domaine comme la santé mentale. Une recherche effectuée auprès de 1264 répondants usagers des ressources alternatives (RRASMQ, 2004), révèle que presque la totalité d'entre eux (96,5% des femmes et 92% des hommes) estiment que la fréquentation d'un organisme communautaire a amélioré leur qualité de vie. L'étude a fait ressortir les principales raisons de ce sentiment de mieux-être : la ressource alternative est un espace de socialisation jugé essentiel par les personnes; la ressource alternative propose un soutien psychologique au quotidien; la ressource alternative accompagne significativement le travail sur soi; la ressource alternative propose une aide concrète (accès à de l'aide pour l'hébergement, etc.); la ressource alternative contribue à créer un cadre et à donner un rythme à l'existence; la ressource alternative est un lieu d'intégration et d'impulsion à la réinsertion; la ressource alternative facilite l'accès aux loisirs; la ressource alternative est un lieu d'implication et d'engagement.

On voit bien par ces résultats que l'alternative n'offre pas que de simples services mais bien un milieu accueillant et efficace où peut s'épanouir la personne, un environnement qui contribue à plusieurs niveaux à améliorer la qualité de vie, un contexte qui favorise concrètement la réinsertion sociale, une pratique où la participation est non seulement accueillie mais favorisée.

L'équipe, au cœur de l'action

Une autre caractéristique des ressources alternatives est la richesse et la vitalité de la vie d'équipe. Au-delà de la multidisciplinarité, fréquente dans le réseau, une équipe alternative fait d'abord penser à une famille, avec une vie relationnelle intense et riche. La nature même des lieux et l'espace limité dont on dispose forcent une proximité qui favorise les échanges et renforce l'appartenance. On y travaille dans un esprit particulier, en lien avec les valeurs, les conceptions et l'histoire des pionniers qui ont créé la ressource, ce qui développe des points de repère et un vocabulaire commun. Chaque équipe découvre ainsi sa propre façon de percevoir, de comprendre et de nommer les choses. Le fait même de s'insérer dans une pratique relativement marginale conduit l'équipe à se positionner globalement dans un rapport identitaire de différence face à cet autre milieu qu'est l'institution hospitalière. De tout ceci émerge l'identité de la ressource alternative, véritable culture organisationnelle, distincte non seulement des institutions du réseau mais aussi de toutes les autres ressources alternatives. Nous sommes ici dans un univers d'artisans, de pratiques spécifiques du terroir, et non pas dans le cadre de services standardisés, uniformisés, produits de grandes chaînes.

Dans ce contexte particulier, la vie d'équipe permet une véritable « intelligence distribuée », un savoir collectif accumulé, plutôt qu'une simple juxtaposition des savoirs-experts de chaque intervenant. Ainsi, dans une ressource alternative, ce n'est

jamais l'infirmière, le psychologue, le travailleur social, le médecin ou le psychoéducateur qui se prononcent sur un dossier, mais des collègues étroitement liés, s'identifiant en tout premier lieu à la ressource alternative où ils oeuvrent, qui échangent et cherchent à faire émerger un sens commun face à la souffrance qui leur est présentée. C'est ce que cerne très bien Ellen Corin (2000, p. 18) quand elle fait le survol des descriptions des divers milieux alternatifs :

« On peut donc parler d'une globalité procédant par intégration plutôt que par juxtaposition comme c'est très souvent le cas dans les approches qualifiées de bio-psycho-sociales. L'équipe n'est pas présentée comme composée de l'addition d'expertises spécifiques correspondant aux différentes dimensions, mais plutôt comme impliquant une variété d'intervenants qui partagent une conception globale de la personne ».

Comme tout passe par ce creuset collectif, l'esprit d'équipe est au cœur de l'action : si l'équipe va bien, qu'elle communique bien, l'intervention devient cohérente, congruente, efficace. Si l'équipe va mal, l'intervention s'en ressent rapidement. C'est la raison pour laquelle toute supervision clinique dans les milieux alternatifs doit bien prendre en compte cette synergie d'équipe, et tenter de la soutenir.

Vers une concertation des pratiques

Est-ce à dire que le milieu alternatif se suffit à lui-même et peut fonctionner en vase clos? Est-ce à dire que les usagers qui y vont cessent pour autant d'aller au CLSC, à l'hôpital? Une recherche récente du RRASMQ (2004) révèle précisément l'inverse. Dans cette étude, on a notamment demandé aux 1264 répondants fréquentant les ressources alternatives la question suivante : *« Utilisez-vous toujours les services des CLSC et des hôpitaux? Si oui, est-ce que votre fréquentation a augmenté, est restée comme avant ou a diminué? »*. Les résultats indiquent que 67% des femmes et 65% des hommes répondent par l'affirmative à la question générale. Les personnes continuent de fréquenter le réseau de la santé. A la question complémentaire, on apprend cependant que le recours au réseau a diminué pour 49% des femmes et 46% des hommes, alors qu'elle restait stable pour 39% des femmes et 45% des hommes.

Ainsi, il est clair que l'alternative constitue un frein efficace à la sur-utilisation du réseau de la santé - on va généralement un peu moins au CLSC et à l'hôpital. Toutefois, le recours à l'alternative n'exclue nullement le recours global aux services du réseau. Les personnes circulent d'un univers à l'autre, souvent avec profit. Il est important de bien comprendre ce fait et d'en saisir les conséquences, autant dans les milieux alternatifs que dans le réseau.

Ce double recours prend particulièrement sens avec la notion de crise. Une crise majeure – psychotique ou suicidaire surtout – précipite soudainement la personne en bas de son échelle de fonctionnement social. L'épisode est pénible au plan émotif, désorganisant au plan du quotidien. La personne a souvent besoin d'un encadrement jour et nuit, dans un contexte où elle puisse être en sécurité. Les centres de crise peuvent faire là des merveilles mais ils sont eux-mêmes sous-financés, et donc aux

prises avec des moyens limités. Quand la crise devient omniprésente, il ne reste plus que l'hôpital. C'est ce que notent Rodriguez, Corin et Guay (2000, p. 56), dans le cadre d'une étude qualitative avec une soixantaine de personnes ayant fréquenté les ressources alternatives :

« La crise qui déclenche l'hospitalisation est toujours grave et marque une rupture avec les affaires courantes. La souffrance est alors telle, le débordement tellement grand, le dérangement tellement intense que ce qui avait permis jusque là que la vie soit acceptable ne tient plus. La souffrance y est condensée, à la limite du supportable ».

La personne qui entre en psychiatrie y est généralement traitée très professionnellement mais elle ressent que son destin lui échappe. Malgré les formalités de consentement, les vraies décisions se prennent au-dessus de sa tête, « pour son bien ». D'emblée, elle se retrouve disqualifiée en tant qu'experte de sa propre vie, ce qui est perçu par le milieu comme cohérent avec son statut de « malade mental ». Une telle invalidation ne peut pas être valorisante, gratifiante, sécurisante. Cela ne contribue certainement pas à une amélioration de la santé mentale de la personne. Ceci dit, le séjour hospitalier est parfois incontournable et perçu comme tel par la personne. Les soins reçus peuvent faire une différence significative, surtout si le congé de l'hôpital et la prise de médicaments sont complétés par un soutien clinique qui va au-delà de la simple gestion des médicaments, et par des mesures de réinsertion. La vaste majorité des intervenants dans les alternatives et la vaste majorité des personnes ayant traversé une crise sévère reconnaissent que l'hôpital et la psychiatrie ont un rôle à jouer de ce côté. Il n'y a pratiquement personne de nos jours sur le terrain de la pratique quotidienne qui défende une position purement « antipsychiatrique » pour des raisons idéologiques. Là comme ailleurs les temps ont changé.

Toutefois, même de nos jours, l'expérience hospitalière peut être vécue sur un mode presque aussi dramatique que la crise elle-même. La prise de médicament peut servir de levier pour favoriser un rétablissement mais la façon dont on amène les patients à en consommer ressemble trop souvent à une vente à pression. Quelquefois, on peut se demander si la *dignité* humaine prime sur la conception thérapeutique. On a plutôt l'impression que la maladie prime sur la personne, que le médicament prend le pas sur toute autre forme d'aide, même quand c'est autre chose qui est demandé. On oublie également de rappeler aux patients les limites et les désagréments de la médication, ce qui pose des questions sur les aspects scientifiques et éthiques de ce travail clinique. Comme le soulignent Lasvergnas et Gagné (2000, pp. 34-35) :

« Le recours quasi automatique aux hospitalisations et à la psychopharmacologie – qui dérive trop souvent vers la surmédication – est vécu la plupart du temps par les patients comme autant de formes d'enfermements : enfermements en soi-même autant qu'enfermement social. Ceci d'autant plus qu'on ne semble pas toujours accorder une attention suffisante aux conséquences secondaires des médicaments psychotropes et neuroleptiques : effets iatrogènes sur le système nerveux central entraînant des troubles de la mémoire, ralentissement de la pensée, de l'élocution, de la

motricité, et qui contribuent à accroître chez le patient des sentiments d'impuissance, de confusion intérieure, d'incommunicabilité et de désespérant emmurement ».

Dans leur recherche qualitative, Rodriguez, Corin et Guay (2000, p. 62) observent la même chose : « *Les usagers parlent aussi d'une grande fatigue, d'une perte d'énergie qu'ils relient aux médicaments, alors qu'ils auraient justement besoin de toutes leurs forces pour s'en sortir. Plusieurs utilisent les termes de « gelé », de « zombie », pour décrire l'effet dévastateur des médicaments sur leur vie.* »

La prescription donne trop souvent aux cliniciens du réseau l'illusion de faire déjà « tout ce qui peut se faire », ce qui les conduit à désinvestir toute autre forme d'aide. C'est ce qu'observent Rodriguez, Corin et Guay (2000, p. 62) : « Un autre aspect négatif de la prescription de médicaments dénoncé par les usagers est le fait qu'elle apparaisse comme la seule réponse donnée à leur souffrance : « *Ils m'ont monté en psychiatrie. Puis j'ai été là presque un mois. Je pleurais tout le temps. Je pleurais. Et quand ils me voyaient pleurer, ils m'apportaient les médicaments.* » ». Or, c'est oublier bien sûr les limites cliniques de cet outil – les psychotropes ne guérissent pas les psychopathologies, ils en atténuent au mieux les symptômes – et c'est surtout surestimer son utilité réelle pour le mieux-être à long terme du patient et pour ses capacités de se réinsérer socialement. En d'autres mots, la médication peut parfois faire une différence énorme, surtout pour alléger temporairement les symptômes qui ont conduit à l'hospitalisation, mais la médication n'est pas en soi une « solution finale » aux problèmes de santé mentale, et ne peut seule suffire aux besoins de la personne.

Ce que les personnes vont chercher dans les alternatives après l'hospitalisation est tout ce qui leur a manqué dans les services du réseau : un accueil plus chaleureux, une aide psychologique plus approfondie, de l'entraide avec d'autres participants, un soutien concret à la réinsertion, une identité plus positive d'utilisateur, avec voix au chapitre. Comme l'étude du RRASMQ (2004) le démontre, c'est tout cela qui génère selon les personnes elles-mêmes le sentiment de satisfaction et de mieux-être.

Ainsi, le problème principal de la psychiatrie est sa difficulté de se concevoir comme un simple volet, parmi d'autres, d'une panoplie d'interventions utiles. La psychiatrie a une propension à se croire au centre de toute expertise, de toute vérité clinique. Il y aurait mille anecdotes pour illustrer la difficulté réelle de penser « l'ailleurs thérapeutique » en psychiatrie mais nous n'en soulèverons qu'une, très révélatrice. Il s'agit d'une situation récente où une professionnelle oeuvrant dans une ressource alternative tentait de communiquer avec un clinicien d'un grand centre hospitalier pour discuter de l'intervention conjointe qui pourrait se faire avec une personne qui va chercher de l'aide dans les deux milieux. La personne voulait et autorisait cet échange entre professionnels; elle a signé un consentement à la divulgation des informations. Pourtant lors de l'échange téléphonique, si l'intervenante de l'alternative veut collaborer et faire le point sur les difficultés rencontrées par la cliente, l'enthousiasme n'est pas le même de l'autre côté. A l'autre bout du fil, le clinicien n'a rien voulu révéler de ses propres observations, ni discuter de la situation actuelle, ni tenter une quelconque concertation dans l'intervention. Tout au plus était-il prêt à « donner un cours » sur la problématique générale dont il était question, sans même

savoir si l'intervenante de la ressource alternative n'en connaissait pas plus que lui sur la cliente. Voilà un bien triste exemple de concertation ratée. On aura beau inventer tous les « réseaux intégrés de services » au monde, rien ne changera pour le mieux si on n'apprend pas à connaître et à respecter les autres praticiens en santé mentale.

Bien sûr, il y a aussi des exceptions, parfois remarquables. Des médecins, des psychiatres, des professionnels du réseau établissent de bons liens avec les ressources alternatives et y réfèrent fréquemment. Plusieurs ont pris la peine d'établir de solides ponts avec les milieux alternatifs, de communiquer avec les intervenants, de les inviter à communiquer avec eux. Il s'établit alors une réelle concertation locale, tout à l'inverse du fonctionnement en silo, en vase clos. Les personnes en difficulté en bénéficient grandement. Au-delà des constantes fantaisies de réorganisation hiérarchique des services, ne tenant pas compte des particularités culturelles des milieux, il est donc possible de favoriser l'émergence de *communautés de pratiques*. Celles-ci se développent spontanément et naturellement autour d'intervenants ouverts et intéressés par ce qui se fait en dehors de leur propre milieu : il suffit d'en favoriser l'émergence en maximisant les interactions entre eux, par exemple dans le cadre d'activités conjointes de formation, de rencontres où chaque milieu présente ses pratiques, de discussions cliniques avec l'autorisation des clients. Ce type de réseautage, fondé sur le volontariat, la créativité, la qualité des rapports humains permet une bien plus grande efficacité, dans le respect des uns et des autres, que toute velléité de forcer d'en haut une artificielle et illusoire intégration (Poirier et collaborateurs, 1998, 2000; Demers et collaborateurs, 2002).

Chose certaine, il est possible d'améliorer « l'interface » entre la psychiatrie et les alternatives et c'est une nécessité puisque les personnes circulent déjà entre elles. Dans la situation actuelle, c'est la personne elle-même qui doit concilier les discours et qui doit trouver un chemin praticable entre l'institution et le communautaire. Trois freins rendent présentement une telle concertation difficile : a) le discours triomphaliste sur les psychotropes prend une telle place dans l'imaginaire clinique qu'il rend difficile de simplement concevoir que d'autres formes d'aide puissent parfois être requises ou préférables; b) la volonté affichée de complémentarité masque souvent une volonté d'hégémonie – la psychiatrie veut bien s'associer des collaborateurs obéissants mais trouve plus difficile de discuter de ses pratiques avec des égaux (sauf pour d'heureuses exceptions); c) la compétence des intervenants du milieu alternatif n'est que rarement reconnue, même si tous les indices de qualification professionnelle sont présents, que les interventions sont appréciées et efficaces, et que les pratiques sont bien encadrées cliniquement. Il faut tenter de modifier ces tendances si nous voulons accroître réellement la concertation des pratiques et l'efficacité du dispositif clinique, le tout dans le respect de la dignité des personnes.

L'alternative a aussi ses devoirs à faire pour assumer pleinement sa place dans l'écologie des ressources en santé mentale. Les intervenants doivent continuer de s'efforcer à créer des ponts avec les intervenants du réseau, en favorisant tout particulièrement les échanges de terrain, portant sur le travail quotidien d'aide, car c'est là qu'il peut s'établir des objectifs communs et un enrichissement mutuel. Il faut faire sans cesse le premier pas en ce sens. Une petite mise en garde s'impose cependant : une concertation efficace génère aussi des coûts, notamment au plan du temps requis pour en favoriser l'éclosion et pour intégrer les interventions des divers

milieux. On s'est ainsi rendu compte que l'établissement de bons liens avec des psychiatres et des professionnels du réseau avait pour effet d'accroître considérablement les références dans les ressources alternatives, ce qui peut être une bonne chose mais constitue cependant un stress important car les ressources alternatives sont limitées dans leur capacité d'accueil, faute de fonds suffisants pour se développer davantage! La même chose risque de survenir avec les réseaux intégrés de service : il faut du temps pour se connaître et communiquer, du temps pour travailler ensemble, et les institutions vont bientôt le constater. C'est une autre raison pour s'assurer que la concertation recherchée soit cohérente avec les valeurs des milieux puisque cela seul en garantira les retombées.

Conclusion

La Montérégie, nous l'avons vu, doit faire face aux mêmes problèmes de santé mentale que partout au Québec mais, pourrions nous ajouter, elle doit aussi y faire face avec moins de ressources institutionnelles que toutes les autres régions du Québec. Malgré ce sous-investissement de l'État, la population de la région affiche une robustesse égale à la moyenne québécoise pourtant mieux nantie. Nous avons associé ce phénomène à la présence d'un extraordinaire dynamisme communautaire dans la région. Dans ces conditions il est entendu qu'une réforme de l'envergure de celle enclenchée depuis décembre dernier soulèvera son lot d'inquiétudes. Mais il ne s'agit pas que de « résistances » au changement. La lecture transversale des mémoires soumis à la consultation de l'Agence de développement des réseaux locaux de services de la Montérégie nous a révélé des critiques tout à fait sérieuses et dont nous ne saurions disposer par une pirouette rhétorique. Le législateur a adopté la Loi 25 sans avoir véritablement prévu des grands pans de son application. Ainsi par delà la fusion d'établissements vouées à des missions différentes la Loi ne précise rien en ce qui concerne la protection ni l'avenir de leurs activités spécifiques. De la même manière, tout en privilégiant une approche de « *joint venture* » avec les ressources communautaires et les entreprises privées, rien dans la Loi ne précise les modalités ou les limites de ces éventuelles ententes. Ces décisions, pourtant lourdes de conséquences, sont confiées à des comités de travail dont la composition et les mandats sont décrétés par l'appareil, sans débat public.

Mais en plus d'être empressé et autoritaire le modèle cadre qu'imposent les Réseaux locaux de services a le défaut de réduire les pratiques alternatives à une production de services. Partant d'un tel a priori, le seul avantage à recourir aux organismes communautaires consiste à obtenir des services à moindre coût. Si par contre on admet que les pratiques alternatives se présentent comme des espaces critiques où l'on peut remettre en question les modes institutionnels de compréhension et de traitement en santé mentale on leur découvre une utilité sociale bien supérieure. Elles deviennent à la fois des sources pour l'expérimentation et le renouvellement de nos modes de soins et d'aide en santé mentale et en même temps des lieux d'où peuvent s'exprimer des critiques et s'exercer une vigilance contre une sclérose tranquille des modèles dominants. Mais, ce qui est peut-être finalement le plus important, c'est que les ressources alternatives sont un des rares lieux d'écoute où la parole marginale, déraisonnable ou « folle » peut être entendue et tolérée comme un questionnement existentiel légitime et à comprendre et qui n'est pas nécessairement que symptôme ou

effet d'un désordre physiologique. Accepter ce questionnement alternatif sur la santé mentale c'est aussi avoir l'humilité collective d'admettre que la véritable rigueur en santé mentale consiste à accepter une position d'incertitude avec l'ouverture et la prudence que cela suppose.

RÉFÉRENCES

BERGMAN, Howard et coll. (1997). « L'hôpital et le système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) », *Rupture, revue transdisciplinaire en santé*, vol.4, no. 2, pp. 311-321.

BIBEAU, G. (1999). « Une troisième voie en santé publique » *Rupture, revue transdisciplinaire en santé*, Vol.6, no. 2, octobre 1999.

CARPENTIER, Normand et WHITE, Deena (2001) « Le soutien social Mise à jour et raffermissement d'un concept », tiré de *Problèmes sociaux*, Tome I, Théories et méthodologies. Sous la direction de Henri Dorvil et Robert Mayer, Presses de l'Université du Québec, pp.277-306

CLSC Seigneurie de Beauharnois (2004). « La consolidation des services de première ligne pour un réseau local équilibré et des services bien intégrés », Mémoire daté du 23 mars 2004.

CORIN, E. (2000). Le paysage de l'alternatif dans le champ des thérapies. In Y. Lecomte et J. Gagné (Eds), *Les ressources alternatives de traitement*. Montréal : Santé mentale au Québec, 2000, pp. 11-29.

DEMERS, L., Dupuis, A., Poirier, M. (2002). L'intégration des services passe-t-elle par des fusions d'établissements? *Santé mentale au Québec*, 27 :2, 74-92.

FLEURY, Marie Josée, (2002) « Émergence des réseaux intégrés de services comme modèle d'organisation et de transformation du système sociosanitaire », *Santé mentale au Québec*, Vol. 27, no 2, Automne 2002.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1997) *Orientations pour la transformation des services de santé mentale*. Document de consultation, Ministère de la Santé et des Services sociaux

GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1998) *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*. Document de consultation, Ministère de la Santé et des Services sociaux

GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2001) *Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intégrés en santé mentale*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des services à la population.

GUAY, Lorraine (1991) « Le choc des cultures : bilan de l'expérience de participation des ressources alternatives à l'élaboration des plans régionaux de services en santé mentale » *Nouvelles Pratiques Sociales*, Vol. 4, no 2, p.-p.43-58

LAMOUREUX, Jocelyne (1994) *Le partenariat à l'épreuve*. Éditions Saint-Martin, Montréal

LASVERGNAS, I., Gagné, J. (2000). Vingt ans plus tard, l'an 2000 : entre bilan et nouvelles avenues, où se situe le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec? In Y. Lecomte et J. Gagné (Eds), *Les ressources alternatives de traitement*. Montréal : Santé mentale au Québec, 2000, pp. 31-47.

POIRIER, M., Larose, S., Ste-Marie, F., B. Ritzhaupt, B., Rosenberg L. (2000). « Splendeurs et misères de la concertation locale en santé mentale : un regard du terrain ». *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 18, no. 2, 113-129.

POIRIER, M., Ritzhaupt, B., Chartrand, D., Larose, S. (1998). « Case Management: le modèle de l'Ouest de l'île de Montréal » *Santé mentale au Québec*, vol. 23, no. 2, (93-118).

POTVIN, Nelson (1997), *Bilan d'implantation de la politique de santé mentale*, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec.

PUTNAM, Robert D., (1996) *La société civile en déclin : Pourquoi et après ?*, La conférence John L. Manion, Centre canadien de gestion, Ottawa, Ontario, le 22 février 1996

PUTNAM, Robert D., (2001) *Bowling alone, The collapse and revival of American community*. Touchstone, New York,

RENAUD, Marc (1977) « Réforme ou illusion? Une analyse des interventions de l'État québécois dans le domaine de la santé ». *Sociologie et sociétés*, IX, I, p. 127-152,.

RICE, Charles. (2004). *La santé mentale au Québec : la lumière au bout du tunnel vient-elle de la locomotive qui fonce sur nous?* Coalition nationale des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale au Québec, mars 2004.

ROBICHAUD et coll. (1994). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale, De l'exclusion à l'équité*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur (Le Comité de la santé mentale du Québec).

RODRIGUEZ, L., Corin, E., Guay, L. (2000). La thérapie alternative : se (re)mettre en mouvement. In Y. Lecomte et J. Gagné (Eds), *Les ressources alternatives de traitement*. Montréal : Santé mentale au Québec, 2000, pp. 49-94.

RRASMQ (2004). *Étude exploratoire sur la fréquentation des ressources alternatives en santé mentale. Le point de vue des personnes usagères*. Rapport préliminaire, février 2004.

SAUVAGEAU, Y., Payette, J., Pichette, S (2003). *Le portrait de santé de la Montérégie et ses territoires*. Direction de la santé publique de la Montérégie,

TURNER, R. Jay et TURNER, J. Blake (1999) « Social Integration and Support », tiré de *Handbook of the Sociology of Mental Health*, Carol S. Aneshensel et J. C. Phelon, Kluwe Academic/Plenum Publishers, pp. 301-319.