

***Position du RRASMQ
sur
les réseaux intégrés
de services en
santé mentale***



Novembre 2002

TABLE DES MATIERES

POSITIONS ANTERIEURES DU RRASMQ.....	3
LE REFUS DES PSI.....	5
L'INFORMATISATION EVITEE DE PEU... POUR COMBIEN DE TEMPS ENCORE ?.....	6
QU'EST-CE QU'UN RESEAU INTEGRE DE SERVICES ?.....	7
UNE CRITIQUE ORGANISATIONNELLE DES RESEAUX INTEGRES	8
UN PARTENARIAT EST NECESSAIRE, MAIS.....	9
LES ENJEUX POLITIQUES DE LA PARTICIPATION AUX RESEAUX INTEGRES DE SERVICES	10
L'autonomie des ressources.....	10
Mode de financement.....	10
Désresponsabilisation de l'État : combler les trous à bon marché.....	11
L'institutionnalisation du communautaire	11
Isolement des ressources.....	12
Imputabilité, formation et évaluation	12
Avancement de la mise en œuvre : contradictions entre les régions et le MSSS	13
AU COEUR DE LA CRITIQUE: NOS PRATIQUES.....	13
L'APPROPRIATION DU POUVOIR : AU-DELA DES MOTS	14
UNE VERITABLE CITOYENNETE, AU-DELA DE LA CONSOMMATION DES SERVICES	15
CONCLUSION.....	17
BIBLIOGRAPHIE.....	18

***Position du RRASMQ
sur
les réseaux intégrés
de services en
santé mentale***

Dans la foulée de l'implantation de la *Politique de santé mentale* de 1989, le mouvement alternatif et communautaire est entré progressivement dans l'ère du partenariat. Aujourd'hui, près de treize années plus tard, on en vient à lui proposer ni plus ni moins de s'intégrer au réseau institutionnel des services. Le présent document a pour objectif d'alimenter le positionnement des ressources membres du RRASMQ sur cette question et ce, notamment en faisant le point sur l'expérience acquise.

Il faut se rappeler qu'à l'époque de l'adoption de la Politique, on constatait un certain blocage du système des services sociaux et de santé. Avant même que ce diagnostic ne soit posé par la Commission Rochon (1988), le Comité Harnois (1987) chargé d'élaborer un projet de politique de santé mentale avait d'ailleurs dénoncé le cloisonnement des services de santé mentale et le type d'intervention qui en résultait. Selon ce document, les personnes souffrantes éprouvaient de grandes difficultés à trouver la porte d'entrée adéquate pour répondre à leur demande et cela étant, ils s'y retrouvaient comme morcelées en fonction des spécialistes rencontrés plutôt qu'accueillies comme individu à part entière. On déplorait aussi le manque de ressources à proximité des milieux de vie et plus particulièrement de celles qui sont vouées au soutien et l'accompagnement des personnes dans leur communauté. À cet égard, le Rapport Harnois et, par la suite, la Politique de santé mentale recommandaient une meilleure reconnaissance de la contribution des organismes communautaires, des proches et des familles. Pour résoudre ces problèmes, la Politique de santé mentale invitait les usagers et les ressources communautaires à participer en partenariat avec les établissements à la planification de la réforme.

Les membres du Regroupement ont accepté l'invitation, ils auront même été les participants les plus assidus à l'exercice de rédaction des plans régionaux de services en santé mentale (PROS) qui fut la forme prise pour réaliser cet objectif (Lamoureux, 1994). Pour le Regroupement, il s'agissait d'une ouverture démocratique, un "beau risque", à saisir pour mieux porter ses revendications et propositions sur la place publique.

Nous sommes donc passés depuis cette époque d'une position traditionnelle de groupe de pression externe à un rôle inédit de participant "conflictuel" à la transformation du réseau. Cependant, cela ne signifie pas pour autant que notre conception de la santé mentale ait été entièrement entendue. Au contraire, notre bilan de l'exercice fut plutôt que les débats sur les pratiques et leurs fondements avaient été le plus souvent écartés au profit de discussions techniques sur la répartition des ressources (RRASMQ, 1991 ; Guay, 1991 ; Lamoureux, 1994). Néanmoins et malgré sa difficulté, nous avons toujours maintenu que la confrontation démocratique des points de vue constituait encore un préalable nécessaire à l'implantation d'une réforme des services qui seraient ainsi soutenues par un plus fort consensus du milieu et par la population en général.

On a de cesse, en effet, depuis le Rapport Harnois jusqu'à la Commission Clair d'identifier les difficultés du système aux dissensions théoriques et professionnelles qui opposent les différents intervenants en santé mentale. Répondre à ce problème en décrétant arbitrairement qu'une école, une profession ou un type d'établissement aura désormais autorité sur toutes les autres c'est, au mieux, entériner un statu quo insatisfaisant ou, au pire, "jeter de l'huile sur le feu" en justifiant l'adoption de positions radicales de part et d'autre. Les meilleures collaborations, c'est-à-dire celles qui suscitent la satisfaction des usagers et des intervenants concernés, sont celles qui sont élaborées librement et pour résoudre des problèmes concrets identifiés sur le terrain. Les ententes formelles, de "direction à direction" sont, par contre, plus souvent une source de résistances (Lamoureux et Leseman, 1987 ; Duperré, 1992). Ce phénomène suggère donc l'élaboration de systèmes de collaboration souples qui misent sur l'engagement et la créativité des acteurs.

La situation actuelle des dynamiques partenariales, telle qu'elle nous est rapportée quotidiennement par nos membres, semble cependant être encore dominé par une vision mécanique de l'organisation. Dans l'ensemble, les alternatives sont encore perçues sous le seul angle de leur capacité à rendre des services prévus par les plans des établissements. Cette vision restrictive du partenariat a pris plusieurs formes au cours des années, et se présente aujourd'hui sous l'étiquette des *réseaux intégrés de services*. Le *Plan de transformation des services en santé mentale* fait même de la mise en place de ces réseaux l'étape incontournable pour le changement en santé mentale et ce en privilégiant l'intégration des services sur une base locale. Ces réseaux intégrés de services, dans leur forme systématisée et organisée, constituent néanmoins un risque important pour le développement des pratiques alternatives en respect des principes de base du communautaire alternatif.

Aussi, face au projet d'intégration des services en santé mentale, nous rappelons que les ressources alternatives ne font pas partie du réseau, mais doivent être reconnues formellement d'intérêt public, comme partenaire autonome et non

comme service résiduel du réseau. Nous ne sommes pas un simple système de services, mais un mouvement d'action social. Et en ce sens, les services donnés par les ressources sont inscrits dans un projet global et en lien étroit avec des activités de socialisation, de défense des droits, d'éducation populaire et de mobilisation des communautés. Ce mouvement social alternatif est porteur d'une façon "autre" d'accueillir et de répondre à la souffrance, porteur d'une conception globale de la personne et de ses liens à la communauté, en tant qu'actrice responsable de son développement.

Cette position particulière des organismes communautaires par rapport au réseau des établissements leur confère un apport original pour le maintien et le développement de la santé mentale des Québécois. Il y a bien sûr leurs actions directes sur des déterminants de la santé mentale tel le développement de la confiance en soi et aux autres et ce, en particulier, pour améliorer sa condition personnelle ou celle de sa communauté. L'autonomie de programmation de ces groupes permet aussi l'innovation que ce soit du point de vue de la clientèle rejointe (souvent réfractaire ou ignorée par le réseau) ou par la nature des activités ou des services rendues (entraide, éducation populaire, pratiques novatrices).

C'est pour développer et soutenir cette conception de l'identité des ressources alternatives que nous présentons ce document d'orientation. L'objectif premier est de bien saisir les enjeux et problèmes liés aux réseaux intégrés de services. Il est urgent d'ouvrir cette réflexion et de prendre position. Pour entreprendre cette démarche, un retour sur les différentes positions du RRASMQ liées à la question du partenariat est nécessaire. Il importe également de saisir les visées étatiques sur la question et mesurer l'impact de ces rapports entre le réseau public et les organismes communautaires et alternatifs en santé mentale.

Positions antérieures du RRASMQ

Participation aux plans régionaux d'organisation des services (PROS)

Depuis la fin des années 1980, les ressources alternatives ont donc participé aux lieux de concertation et de planification des services. Ces participations, nous les avons voulues "conflictuelles" c'est-à-dire non pas pour servir d'adjuvant à un système qui s'enrayait, mais pour y impulser des changements de pratiques. Celui-ci, dominé par un modèle médico-hospitalo-centrique et axé sur l'hégémonie du psychiatre comme seul "expert de la maladie mentale", limitait ses pratiques et sa recherche quasi exclusivement à un paradigme des causes organiques, génétiques et biochimiques des troubles mentaux et sur la prépondérance de l'approche diagnostique et de la réponse pharmacologique. Pourtant à l'époque, comme encore aujourd'hui d'ailleurs, l'état des

connaissances en santé mentale ne légitime nullement la prépondérance de cette approche sur celles qui s'intéressent aux facteurs sociaux et psychologiques.

Le RRASMQ exigeait donc une démocratisation du processus de planification des services en santé mentale et appelait ses membres à y participer pleinement afin de contribuer à la transformation des orientations et des pratiques dans ce secteur. Nous avons donc accepté le risque de confronter nos conceptions "autres" des problèmes de santé mentale et de mettre en place des mécanismes permettant la collaboration entre les divers acteurs concernés dans les services et le soutien des personnes.

La première expérimentation concrète de partenariat a donc consisté en une participation à la planification et à l'organisation régionale des services (PROS), à travers la mise sur pied des comités tripartites. Ces comités étaient présentés comme une façon de mettre d'avant les services, au lieu de travailler sur les structures et les institutions. Ils devaient favoriser l'échange harmonieux et l'implication de tous les acteurs concernés, incluant les usagers. Ceux qui ont vécu cette expérience se rappelleront que le partenariat n'a pas été imposé aux ressources alternatives, et que c'était en toute bonne foi, et dans l'espoir de changer les pratiques et de participer activement à cette réforme, que le communautaire s'était assis à la table du réseau. Il y avait là une possibilité de renverser le monopole du modèle médico-psychiatrique dominant et d'entreprendre un réel virage vers des approches mieux ancrées dans la communauté. Enfin, certains y voyaient l'occasion de consolider le financement des ressources et de faire reconnaître leurs pratiques.

Toutefois, le bilan de notre participation aux PROS laisse de cette première expérience sérieuse de concertation le souvenir d'un choc culturel où la culture organisationnelle du réseau a dominé les comités tripartites "et fait en sorte qu'il y a eu évacuation de l'identité de l'alternative et du communautaire" (RRASMQ, 1991). En outre, on a déploré le rythme rapide imposé aux participants des comités tripartites et la quantité de documents rédigés dans un langage administratif complexe, ce qui a fortement contribué à exclure des débats nombre de personnes directement concernées mais peu familières à ce genre d'exercice. Du même coup, on ratait l'objectif premier qui consistait à impliquer et mettre la personne usagère au centre des démarches. Enfin, on a dénoncé l'absence de débats de fond sur les buts et les moyens. Dans cette "épreuve de la stratégie bulldozer" (Lamoureux, 1994), la reconnaissance de divergences de fond et la multiplicité des regards ont été écartées au détriment de consensus souvent réducteurs. En conséquence, ce qui aurait pu être le lieu d'un réel partenariat axé sur la reconnaissance de tensions et le partage des pouvoirs et des responsabilités en fonction de cette reconnaissance s'est avéré un frein à la participation du communautaire.

Ainsi, loin de favoriser le renforcement souhaité de la communauté, le développement des PROS a entériné le prolongement du modèle institutionnel, avec sa logique technocratique et sectorielle. La réorientation demandée des pratiques s'est avérée avant tout un exercice de réorganisation des services, dans lequel les aspects sociaux et les perspectives d'innovations des pratiques ont été traités au second plan.

Le refus des PSI

Auparavant, la hiérarchie professionnelle du psychiatre et la place centrale occupée par les institutions psychiatriques réglait au plus court le problème de la concertation entre les acteurs du réseau. Mais ce n'est plus possible avec le morcellement des institutions et la place de plus en plus importante occupée par le milieu communautaire et alternatif. *La Politique de santé mentale* recommandait de rendre obligatoire l'intégration des actions, en quelque sorte, à travers la mise sur pied des Plans de services individualisés (PSI). Les PSI devaient assurer le suivi, la complémentarité et la continuité des traitements, activités et services mis en place pour répondre aux besoins d'une personne par l'ensemble d'acteurs mobilisés. Cette approche, qui visait directement les modèles d'intervention, semble avoir assez bien fonctionné dans le cadre de la déficience intellectuelle, mais pose des problèmes importants dans le contexte de la santé mentale.

Par la suite, le PSI est devenu obligatoire dans la Loi 120 (article 103) qui fixait par réglementation les clientèles concernées, parmi lesquelles on comptait les personnes qui "fréquentent de façon régulière les services externes des établissements publics et d'autres ressources de la communauté"... donc les ressources alternatives. Le RRASMQ a démontré les pièges inhérents au PSI, et l'Assemblée générale de 1993 s'est clairement prononcée contre leur mise en œuvre obligatoire, pour les raisons suivantes :

- négation du droit au libre choix ;
- risque de négation du droit au consentement ;
- risques éthiques majeurs au niveau de la confidentialité ;
- instrument de contrôle social ;
- négation de tout espace de liberté pour la personne concernée ;
- négation de l'expertise des ressources alternatives et communautaires.

Nous avons en effet dénoncé le fait que le PSI ne permettait pas la modification du modèle organisationnel mais mettait au contraire l'accent sur l'incompétence des personnes usagères à bien utiliser le réseau de services en place. De plus, l'idée de réunir toutes sortes d'intervenants autour de la personne était en contradiction avec la règle de confidentialité au cœur de toute intervention en santé mentale, et tout particulièrement dans les ressources alternatives.

Le statut légal du PSI faisait d'un outil technique (un parmi bien d'autres possibles) une obligation. Il s'agissait d'une entrave directe au droit au refus de traitement, puisqu'il rassemblait en un tout des interventions ou services qui n'étaient pas nécessairement liés : le suivi pharmacologique et la participation aux activités d'un organisme communautaire, par exemple.

Les ressources alternatives craignaient aussi pour leur indépendance et ne voulaient surtout pas être conscrits par le PSI. La base de participation aux ressources demeure en effet l'engagement des personnes et l'on ne saurait y accueillir quelqu'un qui viendrait contre sa propre volonté.

Finalement, le refus de participer et les pressions exercées par le mouvement alternatif et communautaire a permis l'annulation du règlement qui aurait mis en œuvre l'article 103 et aurait rendu obligatoire le PSI.

L'informatisation évitée de peu... pour combien de temps encore ?

L'Assemblée générale du RRASMQ a adopté dès 1992 une résolution dénonçant le système d'informatisation en santé mentale (SISM) et appelait le MSSS à la tenue d'un débat public préalable à toute implantation de système d'information clientèle au Québec. Nous nous sommes opposés au SISM à cause des menaces qu'il comporte à l'endroit du respect de la confidentialité des relations entre usagers et intervenants, du secret professionnel et du droit au choix libre et éclairé des services. À cet égard, la Commission d'accès à l'information du Québec, dans son avis de février 1994, confirmait nos appréhensions en indiquant que la création de fichiers informatisés et permanents de la clientèle en santé mentale n'était nullement nécessaire pour procéder à l'évaluation des programmes. De plus, cet avis indiquait " [...] qu'il n'est pas sain, pour une démocratie de permettre que soit constitué, dans un système informatique donné, un tel amas de données concernant la santé des citoyens, sur chacune des personnes ayant fréquenté un CLSC du réseau de la santé et des services sociaux".

La présidente de la Commission, Mme Stoddart, a réitéré ce point de vue encore récemment lors de la commission parlementaire chargée d'étudier l'avant-projet de loi sur la carte à puce. La constitution de ce méga fichier mettrait inéluctablement en péril la confidentialité de données sensibles sur la vie privée de millions de citoyens. Le problème posé par ce projet n'est pas celui d'accepter ou de refuser de s'adapter ou nouvelles technologies mais bien de les utiliser de façon responsable. Or, dans le cas qui nous préoccupe le gouvernement n'a jamais véritablement établi l'utilité de son projet en regard des risques qu'il comporte. Qui plus est, la RAMQ retient des documents d'études et d'évaluations du projet qui pourraient certainement éclairer le débat, c'est du moins l'avis d'experts tels Pierrot Péladeau du Centre de bioéthique de l'Institut de recherches cliniques de Montréal et de Mme Racicot de l'Agence des technologies et des modes d'intervention en santé.

Le Regroupement a, depuis les débuts de cette saga il y a dix ans, appelé à plusieurs reprises à la tenue d'un débat public et ouvert en préalable à la mise sur pied de tout système d'informatisation des données personnelles de la clientèle des réseaux de la santé et des services sociaux. Or, il appert que la Commission qui tient ses assises au moment de rédiger le présent document ne répond pas à cette exigence minimale. C'est pourquoi, à l'instar de la CAI, le RRASMQ recommande le retrait pur et simple de l'avant-projet de Loi sur la carte à puce.

QU'EST-CE QU'UN RÉSEAU INTÉGRÉ DE SERVICES ?

Malgré les risques évidents de la participation à la rédaction des plans régionaux d'organisation de services (PROS), il a semblé incontournable, pour les ressources alternatives, d'aller de l'avant dans la concertation et le partenariat afin d'en arriver à des changements radicaux dans les pratiques. Le parti pris historique pour cette modalité de fonctionnement et d'échange n'empêche pas qu'il faille s'interroger, aujourd'hui plus que jamais, sur les enjeux que soulèvent maintenant les réseaux de services intégrés.

Dans le Plan de transformation des services de santé mentale, que le MSSS lançait en 1998, l'intégration des services est présentée comme un principe moteur de la transformation des services. On peut y lire que : "l'organisation des services de santé mentale s'inscrit dans les orientations d'ensemble du système de santé qui privilégie l'intégration des services sur une base locale [...] pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves et persistants." Fait étonnant, ce document ne parle plus de partenariat mais fait appel à la concertation des acteurs à des fins d'harmonisation des services. Nous sommes donc passé d'un mode de collaboration basé sur la concertation et le partenariat à un autre, plus rigide et uniformisé, de réseau de services en continuité.

Les objectifs visés par le mot d'ordre du MSSS sont d'assurer une meilleure accessibilité et une meilleure continuité des soins et services, desservis majoritairement dans la communauté et s'adressant prioritairement aux personnes aux prises avec des problèmes sévères et persistants en santé mentale). Le rapport de la commission Clair (2000) est venu confirmer cette priorité d'organisation de services en retenant comme problème prioritaire celui de "l'accessibilité et de la continuité des soins et services". Le rapport recommande la mise sur pied de réseaux intégrés de services où le communautaire est invité à participer "dans une approche de subsidiarité"... c'est à dire : comme un sous-contractant auquel le réseau a recours au besoin !¹

Ce modèle gestionnaire, déjà expérimenté ou promu dans les secteurs de la déficience intellectuelle et des personnes âgées en perte d'autonomie, renvoie au processus de coordination en vue d'accroître le caractère fonctionnel et systématique d'un modèle d'intervention. En fait, pour les promoteurs de l'intégration des services de soins, les stratégies d'organisation et de planification ont pour objectif de définir des pratiques d'intervention ou des dispositifs de régulation afin d'améliorer l'efficacité et la coordination des activités entre les intervenants et les organisations dans un même système. Pour institutionnaliser la coordination entre des acteurs autonomes et interdépendants, il faut donc une cohérence et une intégration de trois systèmes :

- un système collectif de représentation et de valeurs (une culture partagée) ;

¹ Le Petit Robert : *Subsidiaire*: "Qui constitue un recours, qui doit venir à l'appui d'une chose plus importante si c'est nécessaire. Et, par extension: *Accessoire, secondaire*". Qu'on se le tienne pour dit, notre "expertise" sera utile si et seulement si le réseau en éprouve le besoin.

- un système de gouverne (modèle défini, mandat de chaque acteur, gestion et information)
- un système clinique (les pratiques d'intervention, modalités de soins)

Selon Fleury (2001), “un réseau intégré de services implique une offre de soins et d’activités variées et continue, dispensée majoritairement dans la communauté par un ensemble de distributeurs (de l’institutionnel, du communautaire et alternatif et de l’intersectoriel) coordonnant leurs services et tenus imputables de l’efficience et de la pertinence du système et des résultats relatifs à la santé de la clientèle. Il se structure en fonction de l’amélioration de l’appropriation du pouvoir et des besoins exprimés de la clientèle”. Cette définition, qui comprend l’ensemble des enjeux auxquels nous sommes confrontés, et sur lesquels nous reviendrons, est actuellement la définition la plus complète des réseaux intégrés. Étonnement, aucune définition semblable ne circule dans les orientations ministérielles qui semblent au contraire laisser la confusion régner entre les diverses Régies régionales qui, fait inquiétant, se perdent dans des contradictions de définition. À cet effet, on peut déplorer l’avancement des travaux dans chacune des régions avant même la sortie de l’avis que le Groupe d’Appui à la transformation des services doit déposer au MSSS. Dans le dernier document ministériel, l’État d’avancement du plan d’action (2001), on souligne que “la notion de réseau diversifié et intégré de services est mal comprise par les organisations des réseaux public et communautaire”. À notre avis, cette définition n’est claire que pour ses promoteurs... et la confusion la plus complète règne encore quant aux modalités réelles des RIS, et ce au sein même des Régies régionales qui sont supposées assurer et soutenir leur mise en œuvre.

Une critique organisationnelle des réseaux intégrés

Le RRASMQ critique, dans les réseaux intégrés de services, une utopie planificatrice qui prétend améliorer la résolution des problèmes au niveau des pratiques par des changements d’ordre structurel. Les RIS sont symptomatiques d’une société qui carbure au rangement. Chaque chose à sa place, chaque personne à son poste, chaque institution dans sa mission spécifique, chaque symptôme bien identifié, chaque pilule bien assimilée, chaque personne souffrante maintenue dans sa communauté (Poirier, 2000).

En ce sens, au niveau de l’organisation des services, les RIS nous rappellent amèrement les plans de services individualisés (PSI) que nous avons déjà dénoncé et auquel les ressources ont refusé de participer. Avec leur exigence d’interprétation des systèmes d’information, ils nous rappellent aussi le système d’informatisation en santé mentale (SISM).

Les mots clés de cette vision gestionnaire des activités sont système et intégration, lequel est le nouveau terme désignant la complémentarité, maintenant prise dans son sens pleinement organisé et coordonné. En résumé, selon l’interprétation qu’en font plusieurs Régies régionales, il s’agit de “faire en sorte que la bonne ressource offre les bons services à la bonne personne au bon moment”. Il ne restera ensuite qu’à identifier qui sera le plus à même de coordonner et d’assurer l’efficacité de ces acteurs...

Les ressources alternatives et communautaires en santé mentale ont depuis longtemps développé des liens de concertation et de partenariat avec les établissements du réseau (table de concertation, consortium, table de secteur etc..) Certains organismes ont également accepté de mettre une partie de leurs ressources au service d'établissements et de remplir des mandats précis contre rémunération par des ententes de services. Ces modes de partenariat ont déjà leur place dans la Politique de reconnaissance et ne sont pas rares dans les faits. Par contre, les liens proposés dans le réseau de services intégrés semblent plus encadrant que les liens de partenariat auxquels les ressources ont participé à ce jour. Par exemple, il faudrait accepter d'emblée que les RIS inscrivent les ressources alternatives dans un processus d'évaluation et qu'elles soient tenues imputables de l'efficacité et de la pertinence de leurs pratiques au sein de ces réseaux.

Un partenariat est nécessaire, mais...

Nous sommes d'accord avec un renforcement du partenariat, de la collaboration et de la concertation entre le réseau public et les ressources alternatives. Nous avons participé, entre autres, aux Plans régionaux d'organisation des services (PROS). Par contre, ces collaborations ne relèvent pas d'un consensus flou mais sont plutôt des coopérations "conflictuelles" ou "contradictoires", parce qu'elles mettent ensemble des acteurs de natures, de visées et de pouvoirs asymétriques. C'est essentiellement à ce type de collaboration que les ressources devraient se limiter et, en ce sens, l'idée même de réseaux locaux de services intégrés devrait faire place à la notion de réseaux locaux de collaboration, plus respectueuse du modèle de coopération qui ne nous inscrit pas dans une relation de fournisseurs de services prescrits par le réseau.

En fait, les chocs de cultures sont importants à travers les diverses tentatives de partenariat, et nombres de participants "communautaires" aux tables de concertation ont manifesté, au cours des années, des difficultés à faire reconnaître leurs pratiques et leurs "expertises" dans ces lieux où ils n'ont pas un pouvoir décisionnel des plus significatifs. Et si les intervenants, les coordonnateurs font face à de telles difficultés, ce n'est rien à côté de ce que ces lieux de concertation réservent comme espace réel d'appropriation du pouvoir pour les usagers...

Il est courant d'entendre aujourd'hui que la résistance du communautaire à l'intégration des services et la crainte de la perte d'autonomie sont des réactions dépassées, héritage d'anciens rapports conflictuels. Il s'agit pourtant de se rendre sur le terrain, sur les lieux de décisions pour constater à quel point, encore aujourd'hui, on évite les débats sur les pratiques pour chercher au plus vite le consensus. Nous croyons que l'intégration des services est un modèle d'uniformisation des pratiques et de réduction des rapports "conflictuels" au plus petit dénominateur commun favorise toujours le statu quo et non l'innovation qui, par définition, est toujours minoritaire à ses débuts. Bien entendu, il faut éviter de se cantonner dans des positions figées, mais ce serait nier les évidences que de croire à la disparition de la hiérarchie des pouvoirs entre intervenants.

Prise en son sens premier une relation partenariale en est un où, “les acteurs doivent avoir des droits et des devoirs réciproques, un pouvoir et des responsabilités comparables. Bref, ils doivent être égaux dans la coopération. Sans cette équité, il n’y a pas de partenariat.” (Dorvil et Gagné, 1997). Dans l’état actuel des choses, il est évident que les rapports entre les différents groupes impliqués sont asymétriques et que leur coopération ne saurait répondre complètement à cette définition idéale.

Les Enjeux politiques de la participation aux réseaux intégrés de services

À la lumière des expériences et des diverses positions soutenues au cours des années par le RRASMQ et ses membres, voici les principaux enjeux politiques que soulève la participation aux réseaux intégrés de services en santé mentale.

L’autonomie des ressources

L’autonomie des ressources est sérieusement remise en question. Bien qu’en lien étroit avec le réseau, les organismes communautaires n’en font pas partie, pas plus qu’ils ne sont mis en place pour combler les lacunes dans la continuité de services. L’article 335 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux est clair, et nous n’avons pas à revenir cent fois sur cette question. Les ressources communautaires et alternatives sont enracinées dans la communauté, envers laquelle elles sont redevables. Avant de chercher à intégrer le communautaire, le réseau devrait répondre à ses propres problèmes internes de continuité et d’intégration.

Nous redoutons que la recherche de complémentarité n’implique et justifie une prise de contrôle accrue du réseau sur le développement et l’organisation des ressources communautaires alternatives. Nous croyons que le respect de l’autonomie n’est pas incompatible avec le partenariat et la concertation, mais que cette autonomie ne peut s’inscrire dans une logique d’intégration, quelle qu’en soit la forme. Au contraire, une indépendance administrative et les prérogatives dans le choix des pratiques, tels que présentés dans ce document, sont des conditions minimales pour la survie et le développement des alternatives.

Mode de financement

Au premier abord, l’enjeu majeur ne semble pas financier puisque, comme l’annonce entre les lignes les orientations ministérielles en matière de soutien aux organismes communautaires (SOC) et même la *Politique de reconnaissance de l’action communautaire*, le financement par programme ou par entente de services est déjà à considérer comme une mesure de soutien financier possible dans le développement d’une ressource. “L’approche contractuelle par la conclusion d’une entente de services s’avère l’outil approprié lorsque les ministères et les organismes gouvernementaux veulent confier aux organismes communautaires la réalisation de mandats pour des services complémentaires aux services publics dans un esprit de collaboration”. La porte est déjà ouverte, et ce au sein même de notre propre Politique de reconnaissance...

La question du financement est jusqu'à maintenant tenue en dehors de la mise en œuvre des RIS. Toutefois, l'enjeu est de savoir si ce financement risque de devenir un levier d'incitation à l'intégration des services, faute d'un développement adéquat du financement de base. L'impact du mode de financement sur l'autonomie et les pratiques des ressources est déjà démontré, et il est plus que jamais nécessaire de rester vigilant.

Il en est de même pour le développement de nouvelles ressources ou pour tout nouveau projet communautaire. Est-ce que le financement sera conditionnel à l'inscription de ceux-ci dans une continuité ou une complémentarité des services du réseau ? Déjà, quelques exemples récents nous laissent perplexes.

La question de notre financement ne doit pas faire partie des composantes du réseau de services et le financement pour la mission globale doit être préservé. La notion de complémentarité, qui est au centre des réseaux intégrés, ne doit pas servir d'axe intégrateur du financement.

Déresponsabilisation de l'État : combler les trous à bon marché

Depuis la *Politique de la santé mentale* et les PROS, l'invitation à participer à la planification et à l'organisation place le communautaire dans une situation embarrassante. D'un côté cette invitation témoigne d'une forme de reconnaissance de notre travail, d'autre part notre contribution croissante au réseau nous laisse craindre que notre rôle sera de combler les manques du réseau, et ce à moindres coûts. Les exemples sont nombreux où les ressources, tout en étant reconnus pour leur expertise et leurs activités, ont vu ces activités limitées et contraintes par les plans régionaux. Il n'y a qu'à penser aux maisons d'hébergement à qui l'on reconnaît le bienfait pour les personnes et pour le désengorgement du réseau, mais qui, dans les faits, ne se voient accordé que le mandat de "gîte et couvert" par les Régies. Pensons aussi aux groupes d'entraide à qui il est demandé de faire du "gardiennage" pour les hôpitaux ou les CLSC, mais à qui l'on refuse la reconnaissance de l'approche sous prétexte que les services offerts relèvent de l'équipe de suivi. Mais quand un financement suit, aussi maigre soit-il, comment résister par la suite aux pressions de redéfinir les pratiques en fonction des besoins de la "clientèle" du réseau. On compte donc sur le communautaire pour donner des services qui sinon seraient donnés, à coûts plus élevés, par les établissements publics.

L'institutionnalisation du communautaire

Devant les orientations ministérielles et dans le mode d'organisation régional proposé, il y a un risque évident pour les ressources alternatives de devenir des organismes de type intermédiaire ou de voir s'institutionnaliser leurs structures. Les ressources seront soumises au processus de planification et de contrôle déterminé par les Régies et les établissements publics, au lieu de demeurer redevables à la communauté et de recevoir d'elle ses mandats. Une telle intégration va à l'encontre du développement social issu des initiatives communautaires et retire à la population le pouvoir d'identifier les besoins et les modes de réponses.

Isolement des ressources

La décentralisation vers le local est tout à fait souhaitable, mais doit se faire dans le respect d'orientations régionales ou nationales. L'idée de rapprocher les centres de décision et de planification au plus près des populations concernées est certainement intéressante. On vise ainsi à réduire les effets pervers d'un système qui, trop centralisé, néglige souvent de tenir en compte les particularités régionales. Ainsi d'une région à l'autre du Québec, et même à l'intérieur de chacune de celles-ci on retrouve des disparités en termes d'infrastructures, de population, de services, etc. Il en découle des besoins différents en termes de services de santé mentale. Et, de tels besoins sont très variés : accessibilité liée à l'étalement de la population ou à l'absence de certains types de ressources ou encore à une prévalence accrue de certains problèmes liés aux transformations économiques (pertes d'emplois, exode des jeunes), etc.

Dans cette perspective, nous ne pouvons qu'être favorables à ce que les populations locales soient directement impliquées dans l'organisation des services qui se déploient dans leur milieu de vie. Celles-ci sont certainement bien placées pour identifier les priorités adéquates de développement. Encore faudrait-il s'assurer qu'elles aient le droit au chapitre. À cet égard les organismes communautaires sont généralement l'expression de demandes minoritaires ou marginales d'une population donnée. Elles naissent des pores du système institué, là où il intervient peu ou pas. De là notre réserve quant à leur éventuelle intégration dans un réseau intégré de services qui, paradoxalement, en réduirait la marge de manoeuvre pour exprimer ces nouvelles demandes et pour expérimenter de nouvelles façons de faire. Si tant est, en effet, que les organismes communautaires deviennent, par la voie de l'implantation des RSI, des ressources du réseau vites contrites à répondre à ses besoins. Dans le contexte budgétaire que l'on sait, le contraire serait étonnant. Pourtant, ce que l'on retirerait d'une main, on le perdrait de l'autre. On se retrouverait ainsi avec un fonctionnariat un peu gonflé, certes, mais avec en moins des structures d'accueil pour le développement de l'implication de la société civile dans le maintien et le développement de la santé mentale. À terme, on se retrouvera encore avec un système de santé refermé sur lui-même et otage de ses rapports de force internes.

Imputabilité, formation et évaluation

Le RRASMQ a toujours reconnu que les organismes communautaires subventionnés en tout ou en partie par des fonds publics devait être en mesure de répondre de l'utilisation de ces argents. Cela dit, l'évaluation des ressources communautaires devrait s'effectuer en respect de leur mission particulière, de leur statut juridique ainsi qu'en tenant compte de la part relative des subsides gouvernementaux dans la composition de leur budget global. Il n'est pas utile ici de revenir plus à fond sur cette question. Le ministère et les Régies régionales disposent déjà d'un document qui en précise les enjeux et qui prend même la forme d'un cadre de référence pour élaborer des protocoles d'évaluation adéquats. Il s'agit du document intitulé " L'évaluation des organismes communautaires et bénévoles ", édité par le Gouvernement du Québec en 1997. Rappelons simplement que ce document est le fruit du travail d'un Comité ministériel où siégeaient des représentants du milieu communautaire, des régies régionales et du ministère de la

santé et des services sociaux. C'est dire que nous disposons déjà là d'un cadre de référence qui a fait consensus entre les différents partenaires. À notre connaissance, ce cadre a été expérimenté une seule fois au Québec, mais néanmoins avec succès, par la Régie régionale de Lanaudière pour procéder à l'évaluation des services de crise de la région. Pour le RRASMQ, donc, ce Cadre de référence demeure encore celui qui devrait être appliqué, et lui même évalué, dans le cadre de la transformation des services de santé mentale.

Avancement de la mise en œuvre : contradictions entre les régions et le MSSS

Déjà on nous rapporte d'importantes variantes régionales, voire sous-régionales, dans la mise en œuvre des RIS. On aurait tort d'attribuer ces variances au simple respect des particularités et initiatives régionales, qui ne sont, pour l'instant du moins, que de faibles facteurs. Les expériences qui nous sont rapportées révèlent que les dynamiques partenariales sont bien plus affaires de rapports personnels entre les acteurs que volonté réelles de répondre "objectivement" aux besoins locaux à partir de la contribution des acteurs existant. Si cet aspect n'est pas à négliger (puisque'il faut toujours un minimum d'entente mutuelle pour entreprendre) il n'en révèle pas moins un problème de fond qui est loin d'être résolu. D'abord, rien ne saurait justifier qu'une telle régie régionale écarte d'emblée le partenaire communautaire des RIS, alors qu'une autre considère ce même communautaire comme partie intégrante de la mise en œuvre des réseaux. Le pire, c'est que l'une et l'autre de ces Régies prétendent appuyer leur position sur les orientations ministérielles! Problème d'interprétation des orientations ou stratégies régionales différentes ?

Au coeur de la critique: nos pratiques

Lors de la journée de formation du 28 septembre 2001 sur les RIS, la représentante du MSSS nous laissait une question en suspend, qu'elle nous invitait à approfondir: "Comment les réseaux locaux de services intégrés peuvent-ils être un levier pour promouvoir et développer des approches alternatives en santé mentale?" Cette question n'est ni nouvelle, ni propre à la question des RIS; nous l'avons nous mêmes envisagée au moment de la participation aux PROS et elle est au cœur de toutes les collaborations du communautaire avec le réseau. Sans être nouvelle, donc, la question n'en demeure pas moins un enjeu central, pour le mouvement communautaire et alternatif : la question des pratiques.

Pour nous, les enjeux soulevés par la concertation et la continuité, tels que présentés dans les RIS, concernent non seulement le plan de l'organisation des services mais aussi le plan des pratiques concrètes visant à accueillir la souffrance et soutenir les personnes usagères. D'où l'importance d'une réflexion critique sur les modèles de pratiques.

Les personnes en contact avec les services psychiatriques voient leur expérience interprétée à partir du cadre de référence des professionnels responsables de leur prise

en charge. Aussi, de manière générale, l'expérience personnelle de la souffrance est réduite à des symptômes compris d'un point de vue biomédical. Elles reçoivent un diagnostic et un traitement professionnel axé surtout sur la réponse pharmacologique. Les médicaments demeurent encore la principale réponse privilégiée pour faire face à l'expérience de fuite de sens, de souffrance intérieure extrême.

Or, pour les ressources alternatives, il demeure essentiel d'ouvrir un espace de parole autre que cette réponse de médication. Cet espace de parole est favorisé, entre autres, avec la mise sur pied du programme d'accompagnement dans la gestion autonome de la médication. D'autres alternatives sont mises d'avant pour proposer aux personnes usagères d'autres voies : du suivi communautaire, du traitement, de l'hébergement, de l'entraide, etc, autant de lieux qui privilégient l'accès à une position de sujet à part entière dans le processus de traitement ou d'accompagnement. Pour la personne, il s'agit de pouvoir prendre en main sa démarche personnelle et sa médication, en faisant reconnaître la légitimité de ses expériences et de sa propre évaluation de l'impact de la médication et des services sur leur vie.

L'appropriation du pouvoir : au-delà des mots

Les réseaux intégrés de services ont été associés, dans les textes officiels, à la notion d'appropriation du pouvoir. En fait, la plupart des acteurs du secteur de la santé mentale prétendent s'appuyer sur la notion d'appropriation du pouvoir. Elle fait maintenant partie intégrante du Plan de transformation des services du MSSS, et nous ne pouvons que nous en réjouir. Mais l'usage qui est fait de l'appropriation du pouvoir, comme principe de base à la mise sur pied des réseaux intégrés de services, laisse perplexe et révèle très certainement un problème de compréhension ou d'interprétation. On présume ainsi qu'il y aurait consensus et homogénéité apparente de cette notion. Hors cette attitude naïve mésestime les différences fondamentales d'interprétation, fige la réflexion et le débat, et justifie un état de fait. Pour nous, l'appropriation du pouvoir ne signifie pas simplement de placer la personne au centre d'un réseau de services, ni seulement de répondre à l'expression de besoins spécifiques. Il faut comprendre les ressorts profonds de cette notion saisie dans son sens le plus radical et lui redonner son tranchant comme outil de questionnement et de renouvellement des pratiques pour tous les acteurs en santé mentale.

Rappelons que, dans le champ de la santé mentale, les ressources alternatives ont été parmi les principaux porteurs de la notion de l'appropriation du pouvoir. Cette notion a pris rapidement l'aspect plus politique d'une contestation de la conception biomédicale réductrice de la santé mentale et aux modèles de réadaptation normalisant que cette conception amène dans les pratiques. Pour le RRASMQ, la notion d'appropriation du pouvoir est conditionnelle à la prise en compte de deux dimensions:

La situation sociopolitique global dans laquelle la personne est inscrite
Son expérience personnelle de la souffrance et son histoire de vie

Il s'agit entre autres de créer des lieux de répit et d'accueil, de respecter leur rythme et d'accroître la capacité des personnes usagères à négocier leur rapport à la psychiatrie

et à la médication. On peut déplorer le fait que les RIS risquent de viser d'abord la fonctionnalité et l'efficacité du réseau au détriment du processus d'implication des personnes, processus si nécessaire pour leur redonner du pouvoir sur leur vie et leur environnement.

Nous le répétons: nous avons des différends quant à la compréhension de la notion de pouvoir. Cette incompréhension nous mène à des stratégies et contraintes différentes face à cette notion. Pour nous, il s'agit de repartir de l'univers de sens et d'action des personnes confrontés à la souffrance psychique, tenir compte et agir sur les contraintes par une très grande flexibilité, une grande proximité, un effacement du rôle de l'intervenant, un décentrement par rapport à ses propres convictions et pratiques.

En contradiction avec cette conception globale de la personne mise de l'avant par les ressources alternatives, les RIS favorisent plutôt une fragmentation des réponses spécifiques pour des besoins jugés eux aussi spécifiques. Un débat de fond sur les approches et les pratiques d'intervention se fait toujours attendre; il est plus que jamais nécessaire.

Un glissement inquiétant risque donc de se produire si nous ne prenons pas garde d'assurer et développer l'autonomie de choix des personnes dans la mise en œuvre des réseaux intégrés de services. Un choix libre et éclairé est-il compatible avec la mise en place d'un réseau de services dont la continuité et les modes d'échange reposent moins sur l'implication des personnes concernées que dans l'échange d'information entre intervenants et spécialistes qui connaissent et décident des services à dispenser. *Le Plan de transformation des services* promeut la notion d'appropriation du pouvoir comme valeur centrale des services et met d'avant, parallèlement, la notion de RIS. En aucun cas on nous démontre comment ces deux notions se rejoignent, comment l'intégration des services vise ou facilite l'appropriation du pouvoir des personnes sur elles-mêmes.

Les inquiétudes à ce sujet rejoignent donc, dans l'ensemble, la position défendue par le RRASMQ concernant les Plans de service individualisé. Ce qui inquiétait les ressources alternatives, il y a une dizaine d'années, n'a-t-il plus aucune raison de nous inquiéter aujourd'hui? Est-ce que les pratiques et la hiérarchie professionnelle auraient à ce point changé qu'il nous soit permis de croire à un réel mode de suivi respectueux de l'autonomie de choix et de la confidentialité? Les enjeux en ce qui a trait à la place des usagers au sein de tels modes de services restent les mêmes, et nous invitons à la même vigilance que sur la question des PSI.

Une véritable citoyenneté, au-delà de la consommation des services

Dans les textes produits sur les RIS, notamment dans la position du Groupe d'appui à la transformation des services, on semble défendre l'idée que la stratégie gestionnaire des RIS favorise la citoyenneté. Comment? En faisant en sorte que, par l'intersectorialité, le champ de la santé mentale serait lié aux champs de l'éducation, du travail, de l'habitation et du transport. On évoque donc qu'un lien organisationnel et institutionnel favoriserait une connexion plus forte des ressources et des services dont bénéficieraient les

personnes usagères. Même si nous convenons de l'importance de ces aspects dans la vie des personnes, concevoir la citoyenneté sous cet angle est pour nous réducteur et uniquement instrumental.

Au RRASMQ, la citoyenneté est au contraire un processus multidimensionnel d'émergence et de présence significative dans l'espace public, où se décident les orientations collectives (Lamoureux). La citoyenneté se caractérise entre autres par le fait qu'elle est inclusive, plurielle et critique. Les personnes usagères l'ont indiqué clairement : s'inscrire dans une société c'est d'abord et avant tout prendre la parole dans ses propres mots, à son rythme, tout en préservant les zones de silence et d'ombre nécessaires. C'est aussi donner sens à son histoire de vie et l'inscrire dans un lien social. Il s'agit donc d'une éthique du sujet et de la parole, au cœur des ressources alternatives. Dans une telle conception de la citoyenneté, l'accès aux services ou aux transports en commun ne sont pas des objectifs mais bien des moyens.

Conclusion

Ce que nous appelions auparavant le *défi du partenariat* consistait à “résister à l'intégration au système comme dispensateurs de services à bon marché” (Dorvil et Gagné, 1994). Nous voici aujourd'hui incités à occuper ce rôle tant dénoncé. Le défi est maintenant de savoir comment nous l'occuperons. Car on ne saurait minimiser les besoins essentiels de partenariat. Tous s'entendent pour décrier les cloisonnements des services qui font à la fois obstacle à leur accessibilité et défavorisent leur humanisation. Nous croyons cependant que les meilleures collaborations sont davantage le fruit de bonnes relations que d'ententes administratives régourees, d'autant plus quand ces “ententes” sont imposées et coordonnées de l'extérieur. Il ne faut pas confondre partenariat et participation du communautaire à un plan et à la poursuite d'objectifs prioritaires d'avance, tels que présentés jusqu'à maintenant dans les réseaux intégrés de services. Seul le respect et la réelle reconnaissance de l'identité des partenaires permet la concertation inhérente à toute mise en commun des efforts. Or, encore aujourd'hui, cette reconnaissance mutuelle reste malheureusement à démontrer. Presque dix ans plus tard, nous pourrions reprendre à notre compte le constat qu'émettaient Gagné et Dorvil (1994): “Dans cet esprit, la disproportion des ressources, des responsabilités et des pouvoirs entre partenaires réunis pour implanter une gamme de services menace actuellement le secteur communautaire d'une intégration à la rationalité du système que l'on voulait précisément réformer”.

Dans un tel contexte, le défi sera de profiter des acquis politiques du mouvement communautaire pour maintenir son autonomie et ainsi poursuivre le développement de son expertise spécifique dans l'innovation des pratiques. Une position d'extériorité par rapport au réseau public a toujours permis d'exercer envers celui-ci et l'État un rôle de critique vigilant et une source de stimulation et d'innovation. Leur contribution la plus précieuse est sans doute de renouveler ainsi, et dans le respect de l'implication démocratique de sa base, les pratiques en santé mentale.

Position votée au conseil d'administration (mars 2002):

Le RRASMQ s'oppose à la mise en place des réseaux intégrés de services:

- parce qu'ils ne favorisent pas l'appropriation du pouvoir
- parce qu'ils ne permettent pas une humanisation des services et des structures
- parce qu'ils ne favorisent pas une pluralité des approches
- parce qu'ils reconduisent la dominance du modèle bio-médical et du traitement pharmacologique

Bibliographie

ARACSM-02, (2000) *Réseau de services intégrés*, document régional.

Brière, N, (2001) *Réseaux locaux de services intégrés en santé mentale*, Conférence prononcée lors de la journée de formation par le RRASMQ, Montréal, 28 septembre

Corrin, Roriguez, Poirel, (ERASME) “Les figures de l'intégrtion des services et des pratiques. L'épreuve de l'expérience”, article à paraître *Santé mentale au Québec*, printemps 2002

Dorvil, H et Gagné, J, (1994) “Le défi du partenariat: le cas des ressources communautaires dans le secteur de la santé mentale”, *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 7, no1.

Fleury, M-J, (2001) *La notion de réseaux intégrés de services en santé mentale*, Conférence prononcée lors de la journée de formation par le RRASMQ, Montréal, 28 septembre

Fournier, D et al., (2001) “La dynamique partenariale sur les pratiques des organismes communautaires dans le contexte de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux”, *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 14, no1.

Lamoureux, J, (1994) *Le partenariat à l'épreuve*, Éd. Saint-Martin, Montréal

MSSS, (2000) *Les solutions émergentes, Rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*

MSSS, *Plan de transformation des services en santé mentale*, 1998

MSSS, *État d'avancement du Plan de transformation des services en santé mentale*, 2001

RRASMQ, (1991) *Le choc des cultures. La participation des ressources alternatives à l'élaboration des PROS en santé mentale*.

+ Divers textes de Contandriopoulos et Denis (U de M) concernant l'intégration des services.