



Réseaux intégrés de services en santé mentale et enjeux pour les pratiques

texte pour réflexion en vue de la rencontre nationale du 10 novembre 2004

à Drummondville

par Nadine Perron

Texte provenant d'un travail de recherche réalisé dans le cadre du cours *Éthique, société et culture* du programme de Maîtrise en éthique de l'Université du Québec à Rimouski en mai 2004 et dont le titre initiale était *Les enjeux éthiques reliés à l'implantation des réseaux de services intégrés en santé mentale*

Depuis le début des années quatre-vingt progresse l'idée de crise de l'État-providence et des finances publiques entraînant des réorganisations importantes dans les services offerts à la population. Le Québec ne fait pas exception à cette politique de rationalisation qui s'inscrit dans le courant néo-libéral des sociétés dites modernes. Puisque la santé apparaît comme une valeur importante de notre société, nos gouvernants tentent de trouver de nouvelles façons de faire afin de maintenir une qualité des services tout en restreignant les coûts. Les réseaux intégrés de services, et plus récemment les réseaux locaux de services, sont actuellement les solutions mises de l'avant pour atteindre cet objectif. Dans ce travail, je m'attarderai plus particulièrement au domaine de la santé mentale. Dans un premier temps, je tenterai de résumer les fondements et la mise en application des réseaux de services intégrés, par la suite j'amènerai les principales critiques de cette approche et les enjeux éthiques qu'elles soulèvent.

Mise en contexte

Le modèle d'organisation en réseaux intégrés de services s'adresse aux clientèles dont les problèmes de santé requièrent des services nombreux et complexes. Celles qui ont été ciblées au Québec sont les personnes âgées, les personnes ayant des troubles mentaux graves et celles ayant des problèmes physiques complexes et chroniques¹. Dans le champ de la santé mentale, l'objectif d'améliorer la concertation entre les dispensateurs de services apparaît clairement dans la Politique de santé mentale de 1989². Cette politique faisait suite à la désinstitutionnalisation et visait l'amélioration du soutien dans la communauté des personnes ayant des troubles sévères et persistants de santé mentale.

La désinstitutionnalisation puis la Politique de santé mentale ont transformé le portrait des services dans ce domaine. Auparavant, la grande majorité des services étaient concentrés dans les grands hôpitaux tels Robert-Giffard et Hyppolite-Lafontaine. Le maintien dans la communauté des personnes ayant des troubles mentaux graves a suscité le développement d'une gamme variée de services: des centres de traitement dans la communauté, des services

¹ Fleury, Marie-Josée, Éditorial *Émergence des réseaux intégrés de services comme modèle d'organisation et de transformation du système sociosanitaire*, Dossier Les réseaux intégrés de services, Santé mentale au Québec, volume XXVII, numéro 2, automne 2002, p.8

² Ministère de la Santé et des Services sociaux, Politique de santé mentale, 1989, p.31

psychosociaux, des services d'hébergement, des centres de crise, des services d'intégration socioprofessionnelle, des groupes d'entraide-personnes, d'entraide-parents et de défense des droits en santé mentale. Il est important de noter qu'au cours des années soixante-dix le mouvement anti-psychiatrique a entraîné l'émergence de conceptions variées des difficultés de santé mentale et, par conséquent, de façons nouvelles de soutenir les personnes qui les rencontrent. Les champs de la psychologie et du service social ont aussi développé différentes approches. Pour s'y retrouver, on peut répartir les différents modèles d'intervention en quatre grands ensembles que sont : l'approche médicale, l'approche des causes sociales, l'approche des causes psychologiques et l'approche alternative.³ Les principales organisations ayant des activités ou des services en santé mentale sont les centres hospitaliers, les CLSC ou Centre de santé et les organismes communautaires.

C'est donc dire qu'il y a une grande diversité d'approches, de milieux d'intervention et donc de cultures dans le champ de la santé mentale. Aussi, les personnes ayant des difficultés de santé mentale fréquentent ou ont fréquenté plus d'un service offert dans la communauté. Par exemple, une personne peut recevoir un soutien du CLSC dans le cadre du programme de suivi communautaire, avoir des rencontres médicales sur une base régulière et fréquenter une ressource communautaire et alternative de son milieu. Elle est donc en contact avec ces différentes approches et cultures d'intervention. Pour certains intervenants, cette réalité peut nuire à l'intervention clinique parce qu'il y a un risque d'incohérence dans les interventions, pour d'autres, cette variété permet que les personnes ayant des difficultés de santé mentale puissent choisir le type de soutien qui leur convient en autant que l'information sur l'ensemble des activités et services leur soit accessible.

Mais dans un système de santé qui souhaite améliorer son efficacité, il importe de ne pas dédoubler les services et les interventions. La concertation est donc une préoccupation du ministère de la Santé et des Services sociaux et a tenté de l'instaurer par différents modèles de gestion sans tenir compte des différences de cultures de pratiques d'intervention: les PROS (Plans régionaux d'organisation de services)⁴, les PSI (Plan de services individualisés)⁵, et depuis

³Regroupement des ressources alternatives en santé mentale, *Formation de base en santé mentale*, cahier synthèse de la formatrice ou du formateur, automne 2003, p.3

⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Politique de santé mentale*, 1989, pp.54-55

1998 les RSI (réseau de services intégrés)⁶. D'ailleurs, un ouvrage consacré à l'expérience des ressources alternatives dans l'élaboration des PROS lui attribue l'appellation *Le choc des cultures*⁷. De plus, le dernier rapport de la Vérificatrice générale n'est pas élogieux en ce qui concerne la concertation dans le milieu de la santé mentale : *Des mécanismes de concertation sont présents dans toutes les régions, mais leur fonctionnement est variable et ne semble pas toujours convenir aux partenaires. En fait, la concertation souhaitée n'est pas acquise dans les régions vérifiées.*⁸ Il semble que la croyance des gestionnaires que l'efficacité du système passe par une « bonne » structure d'organisation de services est forte puisque nous assistons actuellement à l'implantation des réseaux locaux de services. Il s'agit d'une structure différente des RSI et qui concerne davantage la gestion des services que la pratique clinique, cependant, la similitude réside dans le principe d'intégration de services sur une base locale et régionale commandée « par le haut ».

Les réseaux de services intégrés : le modèle

Le RSI est un modèle gestionnaire qui vise à assurer la variété, l'accessibilité et la continuité des soins à une clientèle spécifique tout en restreignant les coûts du système. Pour ce faire, les différents dispensateurs de services d'un même territoire géographique (le plus souvent par territoire de MRC) sont invités à s'asseoir à une même table sous la responsabilité d'une coordination. On postule qu'ainsi, les échanges cliniques seront enrichis des différentes approches et expertises et que, par conséquent, les personnes recevront les soins adéquats sans risquer de dédoubler les services; bref, les RIS devraient permettre une utilisation optimale des ressources. Dans le secteur de la santé mentale, s'ajoute à ce modèle d'organisation le principe d'appropriation du pouvoir des personnes ayant des difficultés de santé mentale afin qu'elles puissent vivre pleinement leur citoyenneté. On peut se demander si la prise en charge d'une personne en difficulté par un réseau de services intégrés va effectivement favoriser son

⁵ *Idem*, p.31

⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, comité de pilotage, Québec, 2001, 52 p.

⁷ Lamoureux, Jocelyne, *Le partenariat à l'épreuve*, Éditions Saint-Martin, 1994, 235 p.

⁸ Vérificateur général du Québec, *Rapport à l'assemblée nationale pour l'année 2002-2003*, Tome II, chapitre 2, Services en santé mentale, p. 29

autonomie. Il s'agit d'un enjeu qui sera développé un peu plus tard dans ce travail. Pour l'instant, voyons comment s'articule ce modèle de gestion.

Le RSI implique deux niveaux d'intégration soient fonctionnel et clinique⁹. L'intégration fonctionnelle concerne la mise en réseau des organisations et implique une formalisation des échanges entre les professionnels. Ensemble, ils partagent la responsabilité des services à offrir et ceux à développer. Ce travail est sous la responsabilité d'une même coordination qui aura été préalablement identifiée (en l'occurrence, bien souvent le CLSC ou Centre de santé). *La formalisation des échanges permet la pérennité et la systématisation des relations et une rationalisation des rôles et des fonctions.*¹⁰ L'organisation des services sur une base locale suppose que les acteurs locaux sont en mesure d'identifier les besoins mais aussi les potentialités de leur région et de les mobiliser.

L'intégration clinique est *la création d'une équipe multidisciplinaire d'intervenants et d'intervenantes qui travaillent dans différentes organisations*¹¹. En principe, cette équipe aura la responsabilité de gérer les nouvelles demandes, d'orienter les personnes vers le ou les services jugés appropriés et d'assurer la circulation de l'information sur la personne selon les règles établies de confidentialité. Cette équipe étant formée sur une base locale doit aussi voir à l'accessibilité et à la liaison avec les services spécialisés qui sont offerts sur une base régionale ou provinciale. En principe, ce mode de gestion devrait permettre de donner *le bon service à la bonne personne au bon moment*¹². Ce qui laisse supposer que les services existants sont adéquats et que l'amélioration du système repose sur les modes de gestion et de régulation.

Que ce soit sur le plan fonctionnel ou clinique, le modèle de gestion proposé vise l'accroissement de l'imputabilité des organisations du type d'activités ou de services qu'elle doit offrir ainsi que de l'atteinte des objectifs d'intervention dont elle a été désignée responsable lors du plan de

⁹ Fleury, Marie-Josée, *Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantations de changements*, Santé mentale au Québec, volume XXVII, numéro 2, Automne 2002, pp. 20-25

¹⁰ *idem*

¹¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des services à la population, *Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intégrés en santé mentale*, 2002, p.15

¹² Extrait d'une présentation de Nathalie Brière du ministère de la Santé et des Services sociaux sur les réseaux intégrés de services au Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec à Montréal le 21 septembre 2001.

services d'une personne. Si d'un point de vue gestionnaire le modèle est cohérent et semble prometteur d'une meilleure efficacité du système, cela peut être vu différemment du point de vue des personnes qui requièrent des services. Pour certaines, le fait d'être entourées de plusieurs intervenants dans une action concertée est rassurant et sécurisant, d'autres vivent un sentiment de morcellement et aimeraient avoir la possibilité de parler de l'ensemble de leurs difficultés et des pistes de solutions avec le même intervenant, d'autres encore vivent le sentiment de ne plus avoir de prise sur leur vie¹³.

Pour contrer ce dernier effet, le document *Les lignes directrices pour l'implantation des réseaux locaux de services intégrés en santé mentale* du ministère de la Santé et des Services sociaux indique que l'intégration implique un *système collectif de représentation et de valeurs* pour permettre le développement d'une culture commune dont le principe d'appropriation du pouvoir doit être le centre. Sans quoi l'harmonisation des services en vue du développement de l'autonomie des personnes serait difficile à réaliser. S'attaquer à une transformation des cultures de pratiques d'intervention n'est pas une mince affaire. Les moyens proposés pour y arriver sont la participation en équipe multidisciplinaire à des activités de formation, des interventions en équipe et la création d'espaces de discussion.

Si tout semble avoir été pensé dans la proposition de modèle de gestion en réseaux de services intégrés, il n'en demeure pas moins qu'il n'a pas fait ses preuves tant au niveau de la réduction des coûts que de l'impact sur les personnes ayant des troubles mentaux. L'insistance des gouvernants à l'application de ce modèle sur tout le territoire québécois, malgré le peu de données probantes sur l'atteinte de ses objectifs, est troublante. Ainsi, Marie-Josée Fleury du Centre de recherche de l'hôpital Douglas conclue dans son éditorial du numéro spécial de la revue *Santé mentale au Québec* de l'automne 2002 sur les réseaux de services intégrés: «*À l'heure actuelle et malgré la profusion d'une littérature scientifique à ce sujet, les modalités de structuration en réseaux en fonction des contextes, ainsi qu'à leur capacité de bien répondre aux besoins et leur efficience, doivent faire l'objet d'études plus poussées.*» Dans ce contexte, il

¹³ Rodriguez, Corin, Poirel et Drolet, *L'intégration des services et des pratiques. L'épreuve de l'expérience*, Santé mentale au Québec, volume XXVII, numéro 2, Automne 2002, pp.166-167

convient d'identifier les enjeux soulevés par ce modèle d'organisation de services et d'en tenir compte dans la mise en application.

Les enjeux

Dans le champ de la santé mentale, comme dans la plupart des secteurs de la santé, le principe de maintenir les « patients » dans la communauté le plus longtemps possible fait largement consensus tant au niveau des gestionnaires que des intervenants et des personnes en difficulté. Cela sous-entend que les personnes vivant des difficultés de santé mentale devraient avoir la possibilité d'être des citoyens à part entière, c'est-à-dire de pouvoir prendre des décisions concernant leur vie et de prendre part à la communauté. L'organisation de service en réseaux intégrés pose un enjeu sur la liberté de choix d'une part, et plus largement, un enjeu démocratique, d'autre part.

Tout d'abord, notons que, parmi les multiples approches mentionnées plus tôt, il semble que l'approche médicale domine toujours le paysage des services en santé mentale :

*Alors que la recherche scientifique connaît mal les liens complexes entre les nombreux facteurs en jeu dans l'apparition de problèmes de santé mentale (Ginestet et Kapsembelis, 1995 cités par Cohen, 1996; Direction générale des publications gouvernementales, 1985), les cadres théoriques tendent à supposer que les pensées délirantes et autres symptômes psychotiques, et plus largement les troubles mentaux, proviennent directement d'un problème organique d'ordre neurobiologique et génétique.*¹⁴

Cet état de fait n'est pas surprenant puisqu'il est en concordance avec cette vision moderne d'observer les situations selon des critères objectifs pour y trouver des solutions techniques. Dans le domaine de la santé mentale, cela se traduit par une observation des symptômes en vue d'établir un diagnostic et le traitement pharmacologique correspondant ainsi que par de multiples recherches sur le fonctionnement du cerveau et le développement de traitements pharmaceutiques que l'on dit toujours avec moins d'effets secondaires.

¹⁴ Rodriguez Del Barrio, E. Corin et M. Poirel, *Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication psychiatrique : une voix ignorée*, Revue québécoise de psychologie, vol.22, no2, 2001, p.221

D'autre part, la plupart des personnes vivant des difficultés de santé mentale ont leur propre interprétation de leur expérience à laquelle elles cherchent à donner sens. Abus, violence, événements stressants consécutifs et situation de pauvreté sont des exemples d'explications que les personnes peuvent trouver et la médication ne peut être l'unique réponse à leurs souffrances.

Dans la complexité des conceptions et des acteurs dans le champ de la santé mentale, il faut espérer que le principe de *la personne au centre* de la Politique de santé mentale ne dégénère pas « en personne au centre de débats idéologiques ». Et le principe de *continuité de soins* ne laisse-t-il pas présager une tendance médicale et à la prise en charge ? Voilà le premier enjeu, le soutien d'une équipe multidisciplinaire garantit-elle le respect de la conception que la personne a de ses difficultés de santé mentale et des moyens pour améliorer sa qualité de vie ?

La notion de continuité de soins a été essentiellement développée par des gestionnaires et des chercheurs et se définit par la négative en faisant référence à la présence de discontinuités et de ruptures de soins dues à des obstacles comme l'inexistence, l'inaccessibilité ou l'inadéquation des services, leur manque de coordination et d'intégration et le décrochage des individus du réseau.¹⁵ Pourtant, le point de vue des personnes utilisatrices sur la continuité des soins pourrait être précieux compte tenu que l'on sait que le *décrochage* du système est presque toujours en cause dans la discontinuité.¹⁶ Une vision uniquement gestionnaire de la continuité des soins est sous-estimer la capacité des personnes à développer des stratégies pour répondre à leurs besoins, à intégrer de façon personnelle les services dans leur trajectoire de vie. De plus, un moment de rupture avec le système de services de santé n'est pas nécessairement une expérience négative. Elle peut être une distance que l'individu souhaite prendre par rapport au système pour prendre son autonomie. Elle peut aussi permettre de repartir sur des nouvelles bases avec des intervenants différents qui ne seront pas imprégnés d'une vision statique de la personne ou de l'essoufflement. Ce dernier aspect questionne la circulation de l'information sur les personnes entre les organisations.

¹⁵ CLÉMENT, Michèle, AUBÉ, Denise, *La continuité des soins : une solution ? Perspective des personnes avec comorbidité*, Santé mentale au Québec, volume XXVII, numéro 2, Automne 2002, pp.180-192

¹⁶ *idem*

La mise en place des réseaux intégrés de services vise-t-elle à répondre aux besoins du système ou à améliorer la réponse aux besoins des personnes en difficulté de santé mentale ? Dans une culture d'intervention largement dominée par la vision du progrès des connaissances et de l'expertise des professionnels qui interviennent *sur* les personnes comment pourra émerger le *sujet* ? Alors que les milieux professionnels évaluent l'amélioration de la santé et du bien-être par des critères objectifs (nombre d'hospitalisations, observation des symptômes et des habiletés quotidiennes et sociales, etc....) les personnes en difficulté vivent ou ont vécu une expérience subjective intense dans laquelle elles cherchent un sens pour pouvoir reprendre pied vers un projet de vie. Pour les ressources alternatives, c'est seulement en respect de la conception des personnes sur leurs difficultés qu'une véritable appropriation du pouvoir sur sa vie est possible. Gilbert Renaud exprime très bien l'enjeu *du sujet* à travers cet extrait de son article *L'intervention : de la technique à la clinique ou de l'objet au sujet* :

L'intervention se confond alors de plus en plus avec la gestion de programmes établis à partir d'analyse « objectivante » des populations et des problèmes. Une telle approche fait disparaître le sujet au profit de la création d'un objet(...). Ainsi peut-on résumer la tendance lourde des sociétés contemporaines qui conduit l'intervention à se penser de plus en plus comme technologie de gestion efficace des situations et des problèmes qui ressortissent du fonctionnement opérationnel et strictement positif des sociétés. ¹⁷

Le modèle de gestion en RSI commandé par le ministère m'apparaît à la fois fort technique et gestionnaire tout en ouvrant une porte à un accompagnement soucieux de l'autonomie des personnes en y ayant intégré le principe d'appropriation du pouvoir. Il en résulte, à mon avis, que le respect de ce principe dépendra des personnes en place dans le système et leur vision de la pratique d'intervention. Dans la conclusion de ce travail, je tenterai de voir comment l'éthique pourrait contribuer à la transformation des services en santé mentale. Mais pour l'instant, voyons le second enjeu qui se situe dans une vision sociale plus large, soit celui de la démocratie et de la citoyenneté.

L'enjeu démocratique

Le mouvement communautaire autonome a pris son essor au cours des années soixante-dix et a influencé la culture québécoise sur un large éventail de problèmes sociaux. Issus de la

¹⁷ RENAUD, Gilbert, *L'intervention, Les savoirs en action*, Université de Sherbrooke, GGC Éditions, chapitre 6, pp. 139-165

communauté et a but non lucratif, ces organismes travaillent à trouver des pistes de solution aux problèmes sociaux, jouent un rôle critique par rapport au système public, travaillent les liens sociaux et sensibilisent la population aux problématiques sociales. Le mouvement féministe en est l'exemple le mieux connu. Les organismes communautaires sont encore le principal lieu d'hébergement et de soutien aux femmes victimes de violence conjugale et ce sont eux qui ont fait de cette problématique une préoccupation de notre société. Depuis toujours, le mouvement communautaire revendique un système de santé gratuit et universel. Ces organismes ont un fonctionnement démocratique, les conseils d'administration sont composés de personnes de la communauté engagées dans la cause pour laquelle travaille l'organisme mais aussi de personnes qui ont déjà reçu ou qui reçoivent encore son soutien. L'assemblée générale annuelle est publique. C'est une occasion pour la population de prendre connaissance des activités et du rapport financier de l'année précédente et de prendre part aux orientations et aux prévisions budgétaires l'année suivante ainsi qu'à l'élection du conseil d'administration. Bref, l'organisme communautaire est une prise en charge des problèmes sociaux par la communauté. Est-il nécessaire d'ajouter que ces organismes ne pourraient survivre sans l'implication de nombreux bénévoles.

La désinstitutionnalisation et la Politique de santé mentale ont favorisé la multiplication des organismes communautaires en santé mentale. Dans la plupart des régions du Québec, il y a un groupe d'entraide-parents, un groupe d'entraide-personnes ou de milieu de vie et un organisme en défense des droits. Il existe une diversité de ressources communautaires qui offrent des services de crise, d'hébergement, de traitement alternatif et de soutien à l'emploi mais toutes les régions du Québec n'en sont pas pourvues, bien souvent faute de financement.

Les organismes communautaires sont autonomes, c'est-à-dire que les moyens de mettre en œuvre leur mission sont déterminés par le Conseil d'administration. Selon le type d'organismes, les moyens peuvent avoir été développés par des comités de travail composés par les personnes utilisatrices, des bénévoles et le personnel salarié puis sont soumis au Conseil d'administration. La vie associative prend donc une place importante dans ce type d'organisation et a permis le développement de pratiques novatrices.

Mais qu'advient-il des organismes communautaires dans la mise en place des réseaux de services intégrés ? Devront-ils se soumettre aux décisions de cette nouvelle entité ? Voilà le deuxième enjeu, car si tel était le cas les conseils d'administration ne seraient-ils pas réduits à un rôle gestionnaire plutôt que d'élaboration de nouvelles stratégies de soutien à la communauté ? Dans un contexte d'intégration, sera-t-il possible de poursuivre le rôle de critique des politiques sociales ?

En principe, le gouvernement québécois reconnaît le rôle des organismes communautaires dans notre société par la politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire¹⁸. Cette politique mentionne que le financement des organismes doit se faire à partir de leur mission de base et que les ententes de collaboration avec le réseau public doivent se faire en toute liberté, dans le respect de leur autonomie. Jusqu'à maintenant, ces subventions provenaient en grande partie du programme Soutien aux organismes communautaires (SOC) géré par les Régies régionales jusqu'à cette année (les Régies étant devenues les Agences). L'avenir apparaît incertain pour les organismes communautaires en santé mentale puisqu'ils craignent que l'argent nouveau qui sera investi dans le secteur soit géré par les réseaux de services intégrés. Plus encore, la récente Loi 25 des réseaux locaux de services¹⁹ incluant la fusion d'établissements prévoit que ces mégas-établissements pourraient donner à contrat davantage de services. Dans cette perspective, les organismes communautaires devront-ils suivre les objectifs du système de santé pour se développer ? Quelle marge de manœuvre leur restera-t-il pour soutenir les initiatives de la communauté et développer des pratiques novatrices ?

Jocelyne Lamoureux, professeure au département de sociologie de l'université du Québec à Montréal, y voit là un enjeu démocratique mais aussi un enjeu de la vision de la communauté dans les politiques sociales du gouvernement.²⁰ En fait, la question qui se pose est la suivante : un service communautaire, qu'il soit public ou non, est-il réduit à la vision d'avoir pignon sur rue ou désigne-t-il toujours une action dynamique avec la communauté ? Bref, la forme de

¹⁸ Gouvernement du Québec, *Politique gouvernementale L'action communautaire: une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social au Québec*, septembre 2001

¹⁹ Gouvernement du Québec, *Loi sur les agences de développement et de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*

²⁰ Table régionale des organismes communautaires du Centre du Québec et de la Mauricie, document vidéo *Réflexion sur réseaux intégrés de services, entrevue avec Madame Jocelyne Lamoureux, 2002*

décentralisation des services que semblent donner actuellement nos gouvernants ressemble davantage à une centralisation des pouvoirs.

Certains soulèveront qu'il est normal que l'État exige davantage de reddition de compte de la part des organismes pour la part de financement qu'elle leur octroie. À cela riposte le mouvement communautaire qu'ils fournissent déjà leur rapport annuel et financier et rendent leur compte publiquement lors de l'assemblée générale annuelle sans compter le fait que leur gestion est tout aussi publique. Je m'aventurerais à dire qu'il s'agirait là d'une forme de démocratie participative dans la gestion de fonds publics et dans la recherche de solutions aux problèmes de notre société.

L'enjeu est de taille pour les organismes communautaires car un refus de s'intégrer au RSI pour préserver leur autonomie pourrait bien vouloir dire un risque pour le financement futur. Ils travaillent donc actuellement à sensibiliser le gouvernement à l'importance du financement de base.

Réflexion sur les actions possibles...

Le dialogue

Dans le même thème, un refus des organismes communautaires de participer aux réseaux intégrés de services serait-elle la bonne position ? D'un certain point de vue, un refus en bloc de participer au RSI représenterait probablement une force politique. Les organismes communautaires en santé mentale sont bien implantés dans la communauté et, pour la grande majorité, font déjà un travail de collaboration avec les établissements publics. Dans cette perspective, le mouvement se retrouverait alors dans une posture d'opposition. La voie du dialogue serait-elle alors possible ?

Dans une recherche-action sur l'expérience partenariale des ressources alternatives avec le réseau public dans l'élaboration des PROS²¹, Jocelyne Lamoureux soulève qu'au-delà du fait qu'elle fut

²¹ LAMOUREUX, Jocelyne, *Le partenariat à l'épreuve*, Éditions Saint-Martin, 1994, 235 p.

souvent source de tension et *énergivore*, elle permet aussi un échange sur les approches, les cultures d'intervention. Voici un témoignage recueilli dans son livre *Le partenariat à l'épreuve* :

Quand on a réussi à faire disparaître le mot « psychiatrique » partout où l'expression apparaissait dans le PROS, cela a été une grande discussion où ce ne sont pas juste les alternatives, mais aussi les représentants des CLSC et celui du DSC qui ont poussé dans ce sens. Ça devenait une notion partagée et ça ne campait plus des « gangs » les uns contre les autres. (...) C'est à travers ce genre de discussion qu'on débattait les valeurs de l'alternative.²²

(région de la Montérégie)

Sans dialogue, il est difficile de comprendre la façon de faire de l'autre et, par conséquent, de reconnaître son action. L'échange peut être une source de remise en question de ses pratiques et un lieu de développement nouvelles façons de faire. Bien que des revendications publiques du mouvement communautaire autonome et de l'ensemble de la société civile seront, à mon avis, toujours nécessaires, je crois que les changements de mentalités se font aussi sur le terrain. Dans ce sens, la concertation du mouvement communautaire et du réseau public m'apparaît un mal nécessaire.

Le problème réside dans le concept de leur intégration dans le réseau public qui enlève au mouvement communautaire son rôle de mobilisation de la communauté autour des problèmes sociaux. À quoi bon servira-t-il de la mobiliser si ses solutions se trouvent contrecarrées par le système ? Assurer le financement de base des organismes communautaires et travailler en collaboration plutôt que dans un concept d'intégration m'apparaît la meilleure solution dans le contexte. Une fois cette autonomie acquise, les organismes qui le désireront seront en posture de faire de véritables négociations de contrats de services avec le réseau public. C'est-à-dire, dans le respect des orientations prévues par la vie associative et avec son approbation.

La résistance clinique

Plus tôt dans ce travail, j'ai mentionné que la mise en place des réseaux intégrés de services dans une culture de pratique dominée par l'approche médicale représentait un "enjeu pour le sujet". En effet, toute une littérature médicale tend à réduire l'expérience des personnes en difficulté de

²² *idem*, p.161

santé mentale à des symptômes à traiter à l'aide d'une médication psychotrope et dont l'intervention est davantage évaluée à partir de critères objectifs tels la diminution des symptômes et le nombre d'hospitalisations ainsi que le développement de l'autonomie et des habiletés sociales plutôt qu'à une évaluation subjective des personnes traitées sur leur état de santé et de bien-être. Ce que je tente d'exprimer ici est qu'il ne suffit pas de diminuer des symptômes et de vivre de façon stable dans la communauté pour que les personnes ayant des troubles mentaux soient satisfaites de leur qualité de vie. Comme tout autre être humain, elles ont des valeurs et des aspirations personnelles dont il faut tenir compte dans le support que l'on souhaite leur apporter.

Le texte de Gilbert Renaud *L'intervention: de la technique à la clinique ou de l'objet au sujet*²³ qui s'adresse aux travailleurs sociaux en général, me semble bien démontrer l'enjeu soulevé ici. Il y mentionne: *"Le social se vide ainsi de toute référence transcendantale pour ne plus se déployer que comme un système de gestion efficace et technique des problèmes d'intégration qui peuvent se présenter.* Ce que j'ai compris de l'ensemble du texte de Renaud, est qu'une survalorisation de l'objectivité amène les intervenants sociaux à délaissier l'expérience subjective des personnes qu'ils soutiennent et leur propre expérience pour intervenir à partir de critères techniques. Ainsi, ils travaillent dans un contexte où des résultats doivent être atteints avec les outils développés par le système. Renaud parle alors:

"d'assujettissement non seulement de ceux "sur" qui on intervient, mais également de l'intervenant dont le rôle se réduit à une fonction de contrôle des ratés de l'intégration systémique ou encore des perspectives instrumentales propres au système."

Puis-je en comprendre que les interventions sociales visent davantage à répondre aux impératifs du système plutôt que d'amener les personnes en demande d'aide à reprendre du pouvoir sur leur vie et se remettre en marche ?

C'est ce à quoi Gilbert Renaud invite les intervenants sociaux à résister en citant Foucault décrivant les luttes actuelles comme : "un refus de l'inquisition scientifique ou administrative qui

²³ RENAUD, Gilbert, *L'intervention, Les savoirs en action*, Université de Sherbrooke, GGC Éditions, chapitre 6, pp. 139-165

détermine notre identité". Mais pour ce faire, c'est une toute autre approche qu'il propose. Une approche qui part du sujet et non pas du système, une approche qui prend en considération la dimension subjective de l'expérience.

En guise de résistance, Renaud propose l'approche clinique qui remet le sujet au centre de l'intervention. Le sujet qui est non seulement représenté par une identité statique mais comme un acteur que l'on rencontre à un moment de sa trajectoire de vie et étant constitué d'une part, d'un sens logique et, d'autre part, de sentiments, d'émotions, de sens. L'intervention devient alors un accompagnement dans la recherche du sens de l'expérience vécue à l'aide de l'établissement d'un véritable lien de confiance dans la rencontre de deux sujets. Une rencontre dans laquelle il devient possible d'améliorer le bien-être individuel et collectif impliquant ainsi un développement du sens critique. C'est de cette façon que l'intervention sociale prend un nouveau sens en considérant la personne non plus comme un *objet* mais plutôt comme un *sujet* avec une singularité propre qui peut s'exprimer dans une action sociale. L'auteur propose alors une approche d'accompagnement en recentrant l'intervention sur la personne, le sens qu'elle donne à son expérience pour amener des changements dans sa vie plutôt que de la fonder sur des données techniques et les attentes de l'environnement social.

Dans une telle perspective d'intervention, l'intervenant social prend alors lui aussi une position de sujet, c'est-à-dire qu'il affirme une façon particulière de faire dans ce champ de pratique en ne se référant non plus uniquement à des données objectives données par le système mais à ce qu'il lui est apporté au cours de la relation qu'il développe avec la personne qu'il accompagne. En ce sens, il adopte une position éthique puisque son action va au-delà des attentes d'un système et puise son orientation à partir du travail de réflexion de deux sujets ayant leur singularité propre et qui travaillent à redonner un sens à l'expérience de souffrance.

Il m'apparaît que l'enjeu soulevé par le texte de Gilbert Renaud est la vision de l'homme dans l'intervention sociale. Peut-on le réduire à un élément défectueux du système que l'on doit *réadapter* afin qu'il fonctionne mieux dans son rouage ? Ou est-il un être à part entière avec une histoire, des valeurs et des aspirations qui lui sont propres ? J'ajoute ici mon commentaire personnel à l'effet qu'il s'agit pour moi d'une illusion que de penser qu'il est objectif d'évaluer

l'état de santé et de bien-être à partir de l'observation de comportements sociaux et de symptômes simplement parce que ces critères se basent sur les valeurs et les attentes véhiculées généralement dans la société. Bien sûr, j'exclue ici les comportements qui peuvent nuire à la sécurité de la personne elle-même et d'autrui qui peuvent alors exiger des interventions contraignantes. En dehors de ces circonstances particulières, je crois que c'est la reconnaissance de l'autre et de son interprétation de son expérience ainsi que de la possibilité de s'inscrire singulièrement dans le social qui sont en jeu.

L'approche clinique invite à une position éthique par cette prise de position de l'intervenant qui reconnaît celle de la personne aidée dans son intervention, et ce même si les actions qui en découlent puissent heurter une littérature scientifique dite objective et le système en place. Elle m'apparaît être en accord avec le principe d'appropriation du pouvoir que le modèle RIS à lui seule ne peut assurer.

Dans le modèle de réseaux intégrés de services, l'approche de Renaud m'apparaît tout à fait pertinente et concerne tout intervenant qui travaille dans ce contexte. À défaut de ne pouvoir changer les normes et les valeurs de la culture dominante, ne peut-on pas lui résister et remettre le sujet au centre de ses interventions? Si le mouvement communautaire et alternatif impose une résistance dans son travail auprès de ses membres et sur la place publique, tout intervenant du réseau intégré de services peut s'inspirer de l'approche clinique dans sa pratique. On peut même espérer qu'assumer cette position éthique suscite le débat et influence la culture actuelle. Car, comme je l'ai déjà mentionné, je crois que les changements de culture se font d'abord dans le milieu. Les *résistants* ne sont pas seulement dans le réseau communautaire, bon nombre d'intervenants du réseau public sont critiques de l'approche dominante.

Conclusion

La mise en place des réseaux intégrés de services semble la nouvelle solution en vogue pour réduire les frais de santé et améliorer la continuité des soins dans le champ de la santé mentale. Étant développés sur une base locale, ce modèle de gestion pourrait bien être l'opportunité de développer des soins et des services plus près des forces et de la culture de la région desservie.

Je doute cependant que cela puisse se réaliser car le milieu des soins de santé et des services sociaux a aussi sa propre culture. Celle de *l'expert* venant en aide aux personnes vulnérables de la communauté avec une tendance de prise en charge plutôt qu'à un esprit d'accompagnement des personnes. Le langage du milieu le reflète bien avec le terme *utilisateurs de services* qui est couramment utilisé pour parler des personnes ayant des difficultés de santé mentale. En effet, mon expérience dans ce domaine me laisse parfois penser que ce modèle d'organisation de services vise davantage à gérer la demande de services des *consommateurs* plutôt qu'une réelle préoccupation du mieux-être des personnes vivant des difficultés psychiques.

Le principe d'appropriation du pouvoir, qui doit être au cœur de l'intervention des équipes multidisciplinaires, représente un levier qui pourra s'avérer utile pour les intervenants et les personnes aidées qui voient autrement, que par les concepts de maladie mentale et de réadaptation, le cheminement vers une meilleure qualité de vie. En fait, c'est par la résistance de personnes et de groupes que le principe d'appropriation du pouvoir pourra se réaliser. Car si le ministère de la Santé et des Services sociaux a tenté de donner un caractère plus humain à sa vision gestionnaire des soins et des services en évoquant ce principe, on sait fort bien qu'une nouvelle culture de pratique ne s'impose pas d'en haut. On sent bien là le mythe qu'une gestion bien ficelée saura faire face aux problèmes rencontrés.

Pourtant, ce n'est pas la première fois que l'on tente d'améliorer les services en santé mentale par la structure sans que la concertation souhaitée se réalise. Il serait peut-être temps de faire les débats sur le concept de communauté, la vision des personnes vivant des troubles mentaux et le type de soutien à leur apporter au lieu d'évacuer ces différences de culture derrière des structures. D'ouvrir franchement le dialogue sur les différences d'approches et voir comment il est possible de travailler avec cette réalité. Si on ne peut discuter de ces différences de visions entre acteurs en santé mentale, où sera l'ouverture pour respecter celles des personnes aidées ? Un premier pas pourrait être la participation des personnes *utilisatrices* dans l'évaluation des soins et services afin de s'assurer que les transformations ne servent pas seulement au système de santé mais bénéficient aussi aux personnes auxquelles ils s'adressent.

Enfin, je rêve du jour où il y aura un questionnement plus large sur le fonctionnement actuel de nos sociétés néo-libérales. Dans toutes ces politiques en santé mentale, où sont les questionnements à l'effet que la consommation de la médication psychotrope ne cesse d'augmenter ? Que la formation continue des médecins et la recherche est largement effectuée par les compagnies pharmaceutiques ? Pourquoi les politiques de réduction de l'État sont-elles si à la mode ? En fait, ce qui passe dans le champ de la santé mentale n'est que la manifestation concrète d'une culture générale dans laquelle l'objectivité et la technique dominent mais aussi dans laquelle émerge de plus en plus une critique qui souhaite mettre à l'avant scène le caractère singulier de l'être humain et des communautés.

BIBLIOGRAPHIE

BRIÈRE, Nathalie, Extrait d'une *présentation de Nathalie Brière du ministère de la Santé et des Services sociaux sur les réseaux intégrés de services au Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec*, Montréal, le 21 septembre 2001

CLÉMENT, Michèle, AUBÉ, Denise, *La continuité des soins : une solution ? Perspective des personnes avec comorbidité*, Dossier Les réseaux intégrés de services, Santé mentale au Québec, volume XXVII, numéro 2, pp.180-192

FLEURY, Marie-Josée, Éditorial *Émergence des réseaux intégrés de services comme modèle d'organisation et de transformation du système sociosanitaire*, Dossier Les réseaux intégrés de services, Santé mentale au Québec, volume XXVII, numéro 2, p.8

FLEURY, Marie-Josée, *Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changements*, , Dossier Les réseaux intégrés de services, Santé mentale au Québec, volume XXVII, numéro 2, pp. 20-25

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Loi sur les agences de développement et de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, décembre 2003

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Politique gouvernementale L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social au Québec*, septembre 2001

LAMOUREUX, Jocelyne, *Le partenariat à l'épreuve*, Éditions Saint-Martin, 1994, 235 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction générale des services à la population, *Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intégrés en santé mentale*, 2002, p. 15

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, comité de pilotage, Québec, 2001, 52 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Politique de santé mentale*, 1989

REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, *Formation de base en santé mentale*, cahier synthèse de la formatrice ou du formateur, Automne 2003, p.3

RENAUD, Gilbert, *L'intervention : de la technique à la clinique ou de l'objet au sujet*, dans *L'intervention, Les savoirs en action*, Université de Sherbrooke, GGC Éditions, chapitre 6, pp. 139-165

RODRIGUEZ DEL BARRIO, E. CORIN et M. POIREL, *Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de médication psychiatrique : une voix ignorée*, Revue québécoise de psychologie, vol.22, 2001, p.221

RODRIGUEZ, CORIN, POIREL et DROLET, *L'intégration des services et des pratiques. L'épreuve de l'expérience*, Dossier Les réseaux intégrés de services, Santé mentale au Québec, volume XXVII, numéro 2, pp. 166-167

TABLE RÉGIONALE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DU CENTRE DU QUÉBEC ET DE LA MAURICIE, document vidéo *Réflexion sur les réseaux intégrés de services, entrevue avec Madame Jocelyne Lamoureux*, 2002

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, *Rapport à l'assemblée nationale pour l'année 2002-2003*, Tome II, chapitre 2, Services en santé mentale, p. 29