

Regard sur les dix dernières années en santé mentale au Québec

Les groupes communautaires et alternatifs oeuvrant en santé mentale ont, depuis dix ans, continué de développer et de soutenir une conception des pratiques qui leur est propre malgré une donne changeante voire même déstabilisante ainsi qu'un sous-financement récurrent. Il est fort difficile de dresser un survol exhaustif des dix dernières années dans un secteur aussi vaste que celui de la santé mentale. Les grandes lignes abordées dans ce court article porteront sur la trame de fond structurelle du secteur s'étant développé depuis la fin des années 1990, la place des organismes dans l'actuelle réforme, la place des personnes utilisatrices dans le développement d'une approche novatrice en santé mentale ainsi que quelques enjeux et défis actuels et à venir.

L'empreinte de la réorganisation des services en réseaux locaux de services intégrés

Le développement du secteur de la santé mentale a été en grande partie influencé, par la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux. En effet, l'avènement et l'implantation des réseaux locaux de services intégrés (RLSI) en santé mentale est ce qui a le plus marqué le secteur, structurellement parlant. L'idée avait été avancée dans le document intitulé *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale* (1997) qui a été dirigé par le comité de la santé mentale du Québec (CSMQ), puis reprise et annoncée telle une bonne nouvelle, par le MSSS dans le document *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* paru l'année suivante (1998). C'est ce qui posait les premiers jalons d'une importante modification de structure dans le domaine de la santé et des services sociaux et par le fait même, dans le secteur santé mentale. Au plan législatif, les lois 25 et 83 sont venues encadrer la réforme en instaurant de nombreux changements et restructurations tant administratifs qu'organisationnels.

Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 du MSSS, paru en juin 2005, s'est structuré autour de l'approche des réseaux intégrés pour organiser les services et se situe en cohérence avec le volet santé mentale des projets organisationnels et cliniques (2004). Bien que le plan d'action ait été développé pour le réseau public, les organismes communautaires ont été invités en tant que partenaires à collaborer avec les CSSS de leur territoire pour l'implantation des réseaux de services. Afin de développer un réseau de services, le rôle des organismes communautaires est reconnu dans le plan d'action, notamment dans la défense des droits et l'intégration au travail (MSSS, 2005 : 67), mais aussi et surtout, lorsque les activités des organismes peuvent s'insérer dans les services prioritaires du Plan d'action comme s'est le cas par exemple pour le suivi dans la communauté.

En 2007, l'implantation des réseaux locaux de services est bien amorcée dans la majorité des CSSS et ce, pour plusieurs programmes de services spécifiques dont la santé mentale, mais aussi la santé physique, les jeunes en difficulté, la déficience intellectuelle, etc. Les réseaux de services façonnent de nouvelles règles administratives et organisationnelles au niveau local dont une plus grande standardisation des rôles et responsabilités et une formalisation des rapports entre les acteurs public et communautaire. Ce qui implique un repositionnement des organismes pour le maintien et la continuité de leurs pratiques.

Depuis dix ans, particulièrement dans le contexte des réseaux locaux de services, les rapports entre les organismes communautaires et alternatifs en santé mentale et les établissements publics se sont accentués. Dans leur mouvance, ils sont passés d'une position plus traditionnelle de groupe de pression externe à un rôle de participant « conflictuel » à la transformation du réseau tout conservant une position ouverte, critique et davantage organisée.

Au-delà d'une vision gestionnaire

Si la préoccupation pour une gestion efficace et efficiente des services de santé mentale marque les derniers plans d'action du MSSS (1998, 2005), ces documents mettent en même temps de l'avant les idées émancipatrices d'appropriation du pouvoir (1998) et de rétablissement (2005). Davantage, ils font de ces termes leurs principes directeurs. Mais ces termes sont-ils des mots-valises ou des préoccupations réelles ? Les organismes communautaires et alternatifs en santé mentale s'interrogent et remarquent que les modèles de pratique auxquels se réfèrent les textes officiels du MSSS donnent parfois une interprétation pour le moins inquiétante de l'appropriation du pouvoir et du rétablissement. Dans certains modèles de pratique, il arrive notamment que la notion d'appropriation du pouvoir soit utilisée dans une direction qui évacue largement ses potentialités libératrices et créatrices et que l'horizon du rétablissement se confonde avec une vision normalisatrice et ouvre sur des réponses stéréotypées.

Les résultats d'une recherche qualitative menée dans le cadre du partenariat entre le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) et l'Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture (ÉRASME) laissent perplexes sur la place des personnes dans l'intégration des services et des pratiques (Rodriguez et al., 2002). Des expériences différentes d'organisation des services ont été comparées : d'un côté, à partir d'un territoire illustrant une intégration par le haut des services et des pratiques, de l'autre, à partir d'un territoire présentant une organisation plus fluide des services. Dans les deux cas, des entrevues en profondeur ont été réalisées avec des intervenantes et intervenants et avec des personnes usagères. Les conclusions de cette recherche ont montré qu'une intégration

centralisatrice des services tend à coïncider avec, du côté des intervenantes et intervenants dans la communauté, un discours unique, biomédical, et un champ de pratiques homogènes et, du côté des personnes usagères, à la fois une prise en charge complète et une immense solitude doublée du sentiment d'une existence figée. Par contre, l'existence d'une organisation plus fluide des services tend à s'accompagner, du côté des intervenantes et des intervenants, d'une liberté plus grande dans les interventions et les conceptions (il y a place pour les tensions et les contradictions), et, du côté des personnes usagères, l'expression d'un sentiment d'espoir, le sentiment et la présence d'un mouvement.

On ne peut le cacher, un profond décalage pour ne pas dire un véritable « choc des cultures », subsiste encore entre la vision gestionnaire des services de santé mentale qui, au-delà des principes, commande les récents documents ministériels ainsi que les préoccupations et questionnements qui émergent du terrain des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale face à la perspective d'une intégration croissante des services.

L'expérimentation concrète de l'appropriation du pouvoir et l'expérience d'un dialogue possible

Une expérience profondément originale centrée sur l'appropriation du pouvoir s'est développée à partir du milieu alternatif en santé mentale depuis une dizaine d'années : le développement en partenariat d'une approche et d'un nouveau modèle de pratique, la Gestion autonome de la médication (GAM). Fondée sur l'écoute attentive des personnes concernées qui font entendre la revendication d'accéder à une position de sujet à part entière dans leur processus de traitement et préoccupée de donner vie et corps à cette revendication, la GAM implique la recherche des conditions, modulables selon chaque situation, qui permettront que le traitement médicamenteux devienne un instrument au service du mieux-être et de l'amélioration, un instrument au service de la personne en cheminement. Cette approche implique un dialogue entre les différents partenaires en santé mentale. La GAM travaille ainsi à ouvrir des espaces de parole et de dialogue sur la médication, sur sa place et sur son rôle, sur ses limites, et sur ses significations, pour les personnes qui consomment des médicaments psychotropes d'abord, mais également pour les proches et pour les intervenantes et les intervenants en santé mentale, du communautaire et du secteur public; des espaces permettant que les différentes actrices et les différents acteurs concernés par la médication puissent se rencontrer et échanger dans l'ouverture et le respect.

À plus d'un niveau, la GAM semble bel et bien permettre le dialogue. Dans les dernières années, le MSSS a donné son appui à cette initiative novatrice à plusieurs étapes de son développement et introduit même la notion de Gestion autonome de la médication dans le document *Accentuer la*

Texte publié dans le bulletin communautaire *Tour d'y voir*

pour le dossier 10^e anniversaire – mars 2007

transformation des services de santé mentale qui fait suite au *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* de 1998. Le MSSS s'y est engagé à appuyer des projets visant la Gestion autonome de la médication dans le but de soutenir l'appropriation du pouvoir des personnes.

Enjeux et défis

À l'heure où intégration, appropriation du pouvoir et rétablissement sont des termes bien à la mode, action sociale et logique organisationnelle se confrontent et imposent une repositionnement de la part des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale.

Les enjeux fondamentaux autour desquels s'articulent les défis des organismes du secteur santé mentale concernent le respect de la pluralité des approches et des pratiques ainsi que la consolidation du financement pour les groupes de même que les conditions d'une réelle appropriation du pouvoir et d'une participation à l'amélioration de sa condition personnelle ou celle de sa communauté pour les personnes usagères.

L'ère de la proximité porte également avec elle plusieurs enjeux à l'échelle locale. Il y a plus de dix ans, les organismes luttait déjà pour leur reconnaissance, le maintien de leur autonomie et l'accès à un meilleur financement. Depuis les dix dernières années, des préoccupations relatives à l'évaluation et à la reddition de compte, à la formalisation de plus en plus grande des rapports avec le réseau public et même parfois des enjeux reliés à la compétition entre les organismes, se sont ajoutées dans le paysage communautaire en santé mentale.

Les groupes devront continuer à prendre position, c'est-à-dire à s'affirmer comme entité existant en dehors du réseau public possédant leurs caractéristiques propres et pouvant apporter une contribution spécifique à ce dernier. Les collaborations avec les acteurs du réseau des établissements devront viser l'agir en concertation entre partenaire autonome pour la continuité d'une personne dans sa propre vie et non sa simple continuité dans un réseau de services.

L'équipe du RRASMQ