

Vingt ans plus tard l'an 2000 : entre bilan et nouvelles avenues, où se situe le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec ?

Isabelle Lasvergnas,
Département de sociologie,
Université du Québec à Montréal
et
Jean Gagné
Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec

Il y a tout juste vingt ans, le 18 décembre 1980, *la Maison Saint-Jacques, Solidarité Psychiatrie*¹ de Montréal, ainsi que *la Maison Vivre* de Saint-Hubert, invitaient à une rencontre les organismes communautaires actifs dans le champ de la santé mentale, afin d'étudier la pertinence d'un éventuel regroupement provincial. Dans le prolongement de cette initiative émergeait trois ans plus tard, *le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec* (le RRAMSQ), dont l'assemblée de fondation se tenait en 1983.

Cette nouvelle entité, restreinte au départ à une poignée de groupes participants², allait en moins de dix ans devenir le représentant et le porte-parole d'une centaine de groupes alliés entre eux par un partage de valeurs communes.

Le Regroupement qui prit forme au tout début de la décennie quatre vingt, est né de la réunion de deux grandes catégories de ressources communautaires. Il était constitué, d'une part, de groupes communautaires dédiés à la défense des droits des patients psychiatriques et à l'entraide, et d'autre part, de groupes de services défenseurs de «pratiques alternatives» de traitements. La juxtaposition de ces deux types de ressources constituait en soi une expérience originale, et celle-ci s'est maintenue depuis, en tant que principe inscrit dans les règlements du RRAMSQ.

Toutefois, le partage de valeurs communes qui relie les divers groupes d'une manière que l'on pourrait qualifier véritablement d'identitaire, ne sous-entend pas pour autant qu'existe entre eux un accord univoque sur ce que devraient être les

¹ Aujourd'hui nommé *Solidarité alternative en santé mentale*.

² Le noyau fondateur du RRAMSQ en 1983, fut initialement constitué de seulement dix huit organismes communautaires.

Dans la suite du texte, nous référerons à l'entité institutionnelle du *Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec*, soit par son acronyme, le RRAMSQ, soit par le terme générique de «le Regroupement».

modalités de la relation d'aide ou les diverses formes de traitements ou de supports offerts aux bénéficiaires. Ou encore moins, qu'il existe une affiliation référentielle unifiée à telle ou telle école théorique d'intervention sociale ou psychologique. Tout en privilégiant dans l'approche qu'il prône en matière d'intervention, l'entraide entre pairs, l'accueil, la chaleur humaine, le support émotionnel ainsi que la capacité pour une personne d'accéder progressivement à l'autonomie affective et matérielle, le RRAMSQ est marqué par le pluralisme des idées qu'il s'attache à mettre en œuvre. Il présente un éclectisme de bon aloi fondé sur une expérience enrichie aujourd'hui, par plus de vingt ans de pratique «sur le terrain».

Ainsi, si on retrouve dans l'ensemble des formes d'intervention proposées au sein du Regroupement, des approches aussi variées que l'intervention féministe, l'approche humaniste, l'approche cognitiviste ou *behaviorale*, ou encore, la marque de la théorie psychanalytique, ce qui y est le plus «alternatif», n'est pas tant une théorie qui serait sous-jacente à ces interventions diverses, mais le fait de rendre accessible à une population isolée relationnellement, le plus souvent financièrement démunie et psychiquement très souffrante, une démarche personnelle, soutenue par des formes de supports militants et des accompagnements à fonction psychothérapique.

Une autre originalité marquante du RRAMSQ tient au fait qu'il soit parvenu en moins de vingt ans, à constituer une des voix critiques les plus présentes dans le champ du traitement de la santé mentale au Québec. Pourrait-on aller jusqu'à dire qu'il a su représenter une sorte de mouvement de fond ?

De telles affirmations toutefois, ne dispensent pas pour autant de se poser la question de savoir de quoi est porteuse aujourd'hui cette voix critique, et de se demander jusqu'à quel point elle a réalisé ce qu'elle visait originairement, c'est à dire devenir pour les patients psychiatriques une voie «alternative» par rapport à la psychiatrie classique et au système hospitalier. Mais également devenir alternative, au sens où la parole serait rendue aux «malades», et que du statut passif d'objet de traitement, de catégorie diagnostique du D.S.M. IV, ils seraient aidés à se réinscrire autant que cela leur serait possible, comme sujets d'une parole à retrouver, et comme citoyens à part entière.

La philosophie originaire du RRAMSQ :

La première catégorie des ressources communautaires constituantes du Regroupement, fut représentée par les groupes d'entraide et de défense des droits civiques des patients psychiatriques. Elle ralliait en 1983 sept groupes déjà existants, dont la particularité essentielle résidait dans le fait que leurs représentants, de même que ceux qui s'appelaient leurs «membres-participants», étaient tous des personnes ayant traversé l'expérience de «la maladie mentale» comprise dans un sens large : c'est à dire qu'elles avaient reçu sur le moyen ou long terme des soins psychiatriques et pour la quasi-totalité d'entre elles, vécu plusieurs hospitalisations.

Entendant bien marquer, à la fois le stigmate social et l'expérience absolument traumatique et quelque part indélébile, que constitue ce passage par lequel on devient aux yeux des autres quelqu'un de «malade», ces groupes d'entraide n'allaient pas tarder à se nommer eux-mêmes à partir du néologisme de «psychiatisé». L'adoption résolue, voire provocante, de ce terme si cru directement tiré du *Dictionnaire critique de psychiatrie*, visait à souligner combien «l'acte de psychiatisation» est un moment tranchant dans l'histoire biographique d'un sujet. Ainsi que le note Bierens de Hann Barthold, «il est un événement ponctuel et essentiel dans l'expérience humaine [marquant] l'entrée dans la carrière psychiatrique»¹.

Quant aux autres types de groupes également constituants du Regroupement originaire, groupes dits «de services», ils se dédiaient à la réinsertion sociale du patient psychiatrique au moyen de diverses formes d'intervention à visée psychothérapique. Ils employaient pour ce faire ce qu'ils nommaient des «intervenants» ou des «animateurs ».

En effet on ne comptait à cette époque parmi eux qu'une petite minorité de professionnels détenteurs d'une formation spécifique dans le champ de la santé mentale, infirmier-e-s psychiatriques, travailleurs sociaux ou psychologues. La plupart des intervenants étaient le plus souvent de tout jeunes diplômés issus des sciences humaines pour qui la participation au secteur communautaire constituait une première entrée sur le marché du travail. Certains d'entre eux encore, étaient

¹ Bierens de Hann Barthold, *Dictionnaire critique de psychiatrie*, Lausanne, Paris, Editions Pierre-Marcel Favre et Le Hameau Éditeur, 1979, *op.cit.* p. 212-213.

des «aidants» dits «naturels», euphémisme désignant des militants bénévoles qui allaient, peu ou prou, se former sur le tas.

En outre, ce qui séparait entre elles comme une ligne de démarcation ou comme une frontière, les membres des deux catégories de ces ressources communautaires, est que dans le cas de cette seconde catégorie, on ne comptait que très peu, sinon pas d'intervenants, ayant personnellement vécu l'expérience de l'hospitalisation psychiatrique.

Cette dualité dans la composition des deux catégories de ressources communautaires fondatrices du RRAMSQ ne fut pas sans produire des tensions dont on comprendra aisément qu'elles sont inévitables. Mais si à beaucoup d'égards elles ne peuvent en effet que resurgir de manière récurrente, par exemple à l'occasion de la détermination de priorités stratégiques ou encore dans le contenu des revendications, on doit leur reconnaître aussi toute leur fertilité potentielle. Ces tensions ont le mérite de maintenir toujours présente la question de la place sociale attribuée aux patients psychiatriques chroniques. Car les formes de traitements sociaux dont ceux-ci sont l'objet plutôt que les bénéficiaires, et le non-statut qui est accordé à leur parole propre, est quelque part le miroir de l'espace conféré dans la société à ce qui y est perçu comme l'ombre de la folie.

La défense des droits des usagers des services psychiatriques qui trop rapidement ne sont plus considérés tout à fait comme des citoyens à part entière, est la priorité des groupes de psychiatisés. Ces derniers ont en conséquence tendance à adopter auprès des diverses instances hospitalières, juridiques ou ministérielles, une stratégie de surveillance et de revendication. Le postulat qui sous-tend leurs positions est celui de la relégation dont sont victimes ces patients.

S'inscrivant dans la lignée des groupes de «*Survivors* » aussi bien canadiens qu'américains² ces groupes reprochent à la psychiatrie institutionnelle de privilégier des méthodes de traitement ayant des effets de profonde violence symbolique. Ils fondent leurs positions sur les arguments suivants :

Le recours quasi automatique aux hospitalisations et à la psychopharmacologie - qui dérive trop aisément vers la surmédication - est vécu la plupart du temps par les patients comme autant de formes d'enfermements : enfermement en soi même

² Ces mouvements apparaissent au début des années 1970. De 1973 à 1985 ils participent à la *Conférence annuelle pour les droits humains et contre l'oppression psychiatrique*. A partir de 1981 *The National Association for Rights Protection and Advocacy* prend la relève et tient un colloque annuel intitulé *Conference on the Rights of Person with Psychiatric Labels and/or Developmental Disabilities*.

autant qu'enfermement social. Ceci, d'autant plus qu'on ne semble pas toujours accorder une attention suffisante aux conséquences secondaires des médicaments psychotropes et neuroleptiques : effets iatrogènes sur le système nerveux central entraînant troubles de la mémoire, ralentissement de la pensée, de l'élocution, de la motricité, et qui contribuent à accroître chez le patient ses sentiments d'impuissance, de confusion intérieure, d'incommunicabilité et de désespérant «enmurement».

De même, la prévalence accordée à certains types de symptômes jugés par leurs caractères d'excès, par exemple les attitudes de profonds retraits dus à la dépression ou à l'inverse l'agitation sans répit, les manifestations d'agressivité verbale voire de violence physique ou encore les délires, répondrait en premier lieu à une demande provenant de l'entourage du patient. Cette demande, qu'elle soit explicitement ou implicitement adressée à l'ordre médical, est une constante sociale latente. On pourrait la qualifier d'environnementale. Elle prime sur l'écoute accordée à la détresse psychique. Elle diffuse autour de la personne souffrante une aura de répression fondée pour l'essentiel sur un jugement normatif et sur la méfiance de la société face à ce qui à ses yeux, dénoterait des comportements «fous». Or selon ces analyses, cette fonction de répression du fou, la psychiatrie s'en ferait plus ou moins l'instrument volontaire en se mettant prioritairement au service, non pas tant de la douleur exprimée par le patient que de l'inquiétude du *socius* face à ce qu'il perçoit comme une menace trouble : celle qu'incarnerait à travers ses symptômes le psychiatrisé ou celui qu'on qualifie aujourd'hui dans les textes de politique publique, de patient aux troubles «sévères et persistants» - - parmi lesquels on inclut à titre de catégories génériques, les états-limites, les maniaco-dépressifs, les grands mélancoliques, les psychotiques, les schizophrènes, mais aussi par exemple toutes les personnes qui sont dépendantes de drogues dures, etc. - -.

Parmi les groupes pionniers du RRAMSQ, les groupes de services qui se sont ralliés au Regroupement de 1983 ont partagé dès le départ ces mêmes prémisses d'analyse critique soutenues par les groupes de défense des droits. Cependant, dans l'élaboration et la définition des formes de relation d'aide ou des formes d'hébergement qu'ils allaient offrir, ces derniers groupes se sont inspirés également de plusieurs expériences menées dans les cliniques antipsychiatriques, telles le Kinsay Hall londonien ou les "free clinics" américaines. Ils ont été en outre, marqués par le mouvement de la psychiatrie communautaire québécoise.

Contexte historique de la naissance du RRASMQ :

La naissance du RRASMQ ne fut pas un événement historique complètement aléatoire. Il a pris place dans une conjoncture plus large de mouvements sociaux de fond qui marqua la décennie 1970. Il faut se rappeler qu'on a assisté pendant ces années là à un déplacement de la conscience critique militante qui, dénonçant plusieurs points aveugles des discours de revendication des générations précédentes a emprunté de nouvelles avenues politiques. Ce faisant, elle a déserté relativement les courroies d'expression plus traditionnelles que sont les partis politiques ou les syndicats. Les nouvelles préoccupations qui furent exprimées par divers mouvements populaires, tels le mouvement féministe, le mouvement *gay*, le mouvement écologiste etc., ont pu sembler à première vue décalées par rapport aux grands enjeux qui avaient façonné l'univers politique occidental depuis plusieurs décennies. S'écartant sensiblement, en particulier des analyses marxistes classiques, fondées sur l'inégalité structurelle entre les classes sociales et sur l'exploitation des classes ouvrières par les classes possédantes ou par les nouveaux agents dirigeants ou gestionnaires de la société civile, elles ont mis à jour de nouvelles quêtes démocratiques centrées plus directement sur des impasses qui enserrant le sujet contemporain dans son quotidien. Difficultés qui se jouent dans tous les registres de l'existence jusqu'à l'intime, et qui atteignent parfois au plus profond, le sentiment d'être et le sentiment d'identité.

Ces nouveaux registres de revendications et d'analyses furent menées au nom d'un ensemble de groupes minoritaires ainsi qu'au nom d'exclus et de laissés pour compte, jusqu'ici sans véritable voix propre auprès des pouvoirs publics ou des instances partisans. Mais plus fondamentalement, ces mouvements sociaux ont touché, comme jamais auparavant aux racines de l'ordre de représentation philosophico-juridique qui avait fondé l'Occident. L'illusion d'universalité de la *ratio* occidentale recula un peu pour accorder un début de statut et de savoir expérientiel à d'autres formes d'inscriptions du sujet singulier, formes d'inscription longtemps déniées, dévalorisées, pour ne pas dire parfois violemment réprimées. La notion de normalité vola en éclats. C'est dans ce contexte de crise de conscience collective que quelque chose d'une pensée et d'un «être- dans- le- monde» qui, il n'y avait pas si longtemps encore se trouvait ravalés au rang du non existant, de la déviance ou de l'insensé et de la folie, commencèrent à trouver droit minimal de Cité, droit minimal d'humanité.

On peut dire de cette reconfiguration du politique qu'elle a atteint tous les pays occidentaux entre les années soixante dix et la fin des années quatre vingt. Mais il nous semble qu'elle s'est affirmée plus tôt qu'ailleurs au Québec, ou à tout le moins qu'elle s'est trouvée plus tôt qu'ailleurs prise réellement en charge par la société civile, et en l'occurrence par des comités de citoyens. Nous n'hésitons pas à dire que quelque chose de très original a pris forme dans la société québécoise. Pour les groupes populaires ou communautaires qui se sont faits ici les porte-parole de ce faisceau de nouvelles formes de conscientisations, il ne s'est pas seulement agi de revendiquer auprès de l'Etat, la mise en place de tels ou tels services. Ils ont travaillé au contraire à devenir à la base les relais de nouvelles valeurs de participation ainsi que les instances de leur mise en pratique. A cet égard, l'engagement particulièrement résolu d'une partie de ces groupes sur la question spécifique du traitement et des droits des patients psychiatriques, nous apparaît faire preuve du caractère original de l'expérience qui prit forme. Mais il nous apparaît emprunter aussi, dans le principe même du devoir de solidarité sociale dont il témoigne, à quelque chose de plus profond encore, et dont nous avons été jusqu'à postuler qu'il est un des traits constitutifs de l'imaginaire fondant la société québécoise.¹

La marque de la psychiatrie communautaire :

La création dans les années quatre vingt d'un regroupement d'organismes communautaires dans le domaine de la santé mentale a également coïncidé avec le recul que connaissait à cette même époque le mouvement de la psychiatrie communautaire. Ce mouvement qui avait atteint son apogée entre les années soixante et soixante dix, s'était appuyé sur une approche multidisciplinaire de l'intervention en santé mentale, et s'était traduit dans les cliniques psychiatriques hospitalières «externes» par la formation d'équipes dans lesquelles différentes spécialisations étaient mises à contribution. Psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, infirmières travaillaient sur un pied d'égalité aux cotés des médecins. Mais les rivalités corporatives entre le corps médical et le reste du personnel des équipes soignantes semblent avoir eu raison du mouvement. Il est probable par ailleurs, que ces rivalités se sont trouvées avivées par l'amorce, dès ces années là, de la réduction du financement public dans le secteur de la santé.

¹ Isabelle Lasvergnas, Jean Gagné, « Maladie mentale et lien social : généalogie du réseau communautaire dans le champ de la santé mentale et fondements référentiels des pratiques d'intervention », inédit.

Se justifiant du savoir de la science médicale, le *Rapport Mackay* publié en 1979¹ avait pour ainsi dire sonné le glas de l'expérience qui avait été tentée pendant une quinzaine d'années. En recommandant que le psychiatre agisse à nouveau à titre de «maître d'œuvre et de coordonnateur de l'ensemble des intervenants pour le territoire desservi par l'établissement (hospitalier)», à toutes fins pratiques ce rapport encourageait la restauration en bonne et due forme du contrôle médical sur le fonctionnement des départements de psychiatrie.

Ce retour à la prééminence du psychiatre sur les autres professionnels du champ de la santé mentale dans les hôpitaux, retour qui a pu être qualifié de nouvel «âge d'or de la psychiatrie»² n'était pas allé cependant, sans tiraillements ou soubresauts au sein même de cette dernière. Par les conséquences qu'il n'allait pas manquer d'entraîner, et par ce qui serait modifié dans les soins offerts, certains psychiatres radicaux s'étaient personnellement élevés contre l'avis du Rapport Mackay. Pour ne citer que lui, le chef du département de psychiatrie de l'hôpital Saint-Luc de Montréal, Georges Aird, avait violemment protesté contre cette nouvelle politique et avait écrit que se camouflait en réalité, sous couvert d'administration, une attitude anti psychologique qui, «scotomisant à dessein toute l'importance de la relation thérapeutique dans le traitement du psychotique [...] donne à l'intervention du psychiatre le caractère ponctuel qui caractérise l'intervention du médecin dans presque tous les champs de la médecine et [...] "remet à leur place" les autres professionnels de la santé mentale»³. C'est dans ce même texte, que pour la première fois, sous la plume de Georges Aird, il en était appelé à un «*Ailleurs et autrement*» expression, qui allait vite devenir le mot d'ordre emblématique du Regroupement et l'inspiration première de leur conception d'un «alternatif» à la psychiatrie.

Il n'est donc pas indifférent de souligner que le biais antipsychiatrique «de base» dont on a si souvent taxé le mouvement communautaire québécois, et en particulier le RRAMSQ, est dans son origine, redevable pour partie, au mouvement autocritique qui comme dans d'autres pays tels l'Italie ou l'Angleterre, s'était fait jour à l'intérieur du milieu psychiatrique québécois des années soixante.

¹ Comité de psychiatrie du Québec, *Situation de la psychiatrie au Québec. Lacunes et perspectives d'organisation*, 1979.

² Françoise Boudreau, *De l'asile à la santé mentale*, Montréal, Editions Saint Martin, 1984.

³ Georges Aird, «La mort d'une illusion» *Santé mentale au Québec*, Vol. VII, No 1, Juin 1982, pp. 116-119.

Plusieurs organismes de services appartenant à la première génération des alternatives en santé mentale avaient, en effet, tiré une part de leur inspiration de la psychiatrie communautaire. Ils en avaient en quelque sorte pris le relais, au moment où ce qui avait été amorcé à l'intérieur des hôpitaux ne pouvait plus continuer à y être mis en œuvre, et alors qu'on se heurtait à un retour du traditionalisme dans la philosophie de l'intervention médicale.

Solidarité psychiatrie par exemple, était née en 1979 de l'initiative de psychologues qui s'étaient inscrits en rupture avec la nouvelle clinique externe de psychiatrie de l'Hôpital Jean Talon ¹ tandis que l'approche thérapeutique de la Maison Saint-Jacques, telle qu'elle s'est structurée à partir de 1975, avait été nourrie de collaborations et de réflexions menées avec des membres de la clinique communautaire de l'Hôpital Saint-Luc².

Mais en se déportant de l'hôpital psychiatrique vers les instances du réseau communautaire - ce qui va clairement se produire à partir de 1980 - le discours revendiquant la nécessité d'une approche pluraliste du traitement des psychotiques, va peu à peu s'autonomiser. Non seulement va-t-il progressivement perdre de vue ses liens originaires avec ce qu'avait pu amorcer une génération plus tôt la psychiatrie communautaire québécoise, mais va-t-il aussi se camper en opposition par rapport à la nouvelle approche hospitalière à prédominance neurobiologique.

Si l'on devait dresser à grands traits l'opposition idéologique des positionnements soignants qui s'énoncent et s'affrontent aujourd'hui au Québec, on pourrait dire que l'ordre psychiatrique est vu par le réseau alternatif comme s'attaquant quasi exclusivement au symptôme dont est porteuse la personne souffrante. Face à l'objectivation dure de ce regard médical qui semble métonymiquement réduire l'être du patient à un diagnostic et l'isoler dans son état de «maladie», la perspective promue par le RRAMSQ entend-elle, retisser du lien social autour de la personne entendue comme un sujet.

L'ambiguïté des rapports avec l'Etat québécois :

¹ Lucie Edisbury, Carol Lebel et Robert Letendre « Est-ce possible d'offrir des services innovateurs en psychiatrie ? Le cas Jean-Talon » *Santé Mentale au Québec*, Vol. VI, No 2, Novembre 1981, pp. 99-106. Cf. également, Robert Letendre et Monique Pannacio, «Les professionnels et les ressources alternatives en santé mentale au Québec » *Transitions* 19, 1985, pp.140-151

² André Barbin, et coll. «Texte de réflexion », La Maison Saint-Jacques, Montréal, 1986.

On peut dire qu'en implantant sa réforme des services en santé mentale et en adoptant en décembre 1989 une *Politique de santé mentale*, l'Etat québécois, par l'entremise du Ministère de la Santé et des Services sociaux, a reconnu officiellement les organismes communautaires. Il a réaffirmé cette reconnaissance lorsqu'en prolongement de cette politique il a implanté deux ans plus tard la réforme de la Santé et des Services sociaux, et a invité les organismes communautaires à se développer dans un «nouveau partenariat» en complémentarité des institutions publiques de soins.

Ces nouvelles règles de fonctionnement ont incontestablement favorisé l'expansion du «tiers communautaire» qui a su de son côté s'imposer dans la planification des services de santé comme interlocuteur et associé aux décisions, en particulier auprès des Régies régionales. On a d'ailleurs pu écrire que sa «participation opiniâtre» à la rédaction des PROS¹, a opéré des brèches significatives dans la culture gouvernementale centralisatrice et dans «le modèle hospitalo-médico-psychiatrique»².

En ce qui a trait au seul RRAMSQ, celui-ci a vu plus que quintupler entre 1983 et 1999, le nombre de ses organismes participants. On ne peut que rappeler que lors des travaux de la Commission Harnois³ plusieurs membres du Regroupement avaient été très présents, et avaient revendiqué avec force, non seulement dans leurs dépositions devant les membres de la Commission, mais également dans leurs écrits dans la presse, que soit reconnus leur apport ainsi que l'originalité de leur contribution. Ces différentes interventions avaient profondément influencé le contenu du texte qui allait servir de matrice à la politique de santé mentale, et suite au débat public, le Regroupement avait appuyé les orientations qui s'en étaient dégagées.

Mais en dépit de la collaboration inaugurée dans ce nouveau contexte de partenariat, plusieurs choses sont restées dans l'état de *statut quo*. L'évaluation des besoins en services de santé dans les diverses régions administratives du Québec demeure appréhendée selon les termes d'une analyse épidémiologique globale. Quant à la distribution des soins offerts, elle reste dominée par la philosophie d'une

¹ Plans régionaux d'organisation de services.

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

³ Le Comité de la Politique de santé mentale présidé par Monsieur Harnois.

approche médicale et par le pouvoir des médecins. Parallèlement l'hôpital est toujours la référence nodale. Enfin, en dépit de dix ans de collaboration partagée, la conception de ce qu'est le «communautaire» et l'ensemble de ses fonctions potentielles semblent encore assez mal clarifiés dans l'esprit des instances publiques.

De ce qui fut une expérience inédite de participation à des objectifs de gestion publique, le RRMSQ trace aujourd'hui un bilan pondéré, se demandant jusqu'à quel point «le beau risque» de la collaboration avec l'Etat a porté fruit. Au-delà des acquis, se posent à lui aujourd'hui plusieurs questions.

A quels compromis sont contraints les organismes communautaires lorsqu'ils acceptent de s'inscrire dans les priorités et les paramètres des politiques collectives ? Jusqu'à quel point leur dépendance par rapport au financement public restreint-elle leur capacité d'auto-définition ?

Peuvent-ils maintenir dans leurs pratiques d'intervention leurs conceptions propres de la solidarité sociale, et garantir que l'idéologie à la base de leur action demeure inchangée ? Ou au contraire, voient-ils leurs objectifs militants retraduits et transformés par les impératifs d'une logique gestionnaire ?

Une autre question déchirante est celle de savoir si les instances «alternatives» en santé mentale ne sont pas en voie de constituer des filières de sous fonctionnariat, filières de services professionnels rendus à moindre coût pour les finances publiques, mais éventuellement au détriment de la qualité.

Depuis les travaux préparatoires de la Commission Harnois, l'Ordre des médecins n'a cessé de mettre en garde les instances gouvernementales des risques que courrait le public au cas où les organismes communautaires deviendraient en bonne et due forme homologués comme des lieux de traitements psychologiques et psychothérapeutiques¹.

En cohérence plus ou moins avouée avec ce jugement *a priori*, il semble que dans les faits et dans la mise en œuvre de la Politique de santé mentale, on ait plus

¹ Jean Gagné, « Le virage ambulatoire en santé mentale : un détour qui évite l'alternative ? » *Santé Mentale au Québec*, Vol. XXI, No 1, 1996, pp.15-26 ;
Deena White et Céline Mercier, « Ressources alternatives et structures intermédiaires dans le contexte québécois », *Santé Mentale au Québec*, Vol. XIV, No 1, Juin 1989, pp.69-80

volontiers reconnu l'action de défense des droits du «psychiatrisé» que les activités de services. Les instances administratives régionales ont privilégié le développement des activités d'entraide, au nom de «la marginalisation et (du) manque de respect pour le potentiel des personnes et leurs droits (qui) imprègnent encore certaines pratiques»², cependant que la reconnaissance de la qualification professionnelle des divers intervenants communautaires à pouvoir offrir des services de traitement³ demeurait, elle, plus ambiguë.

On peut voir dans le choix des financements attribués par les divers paliers de la gestion publique, à certains types des services plutôt que d'autres, l'effet conjugué de plusieurs facteurs : celui du puissant lobby des médecins, celui des contraintes budgétaires, mais aussi l'incapacité des autorités publiques à évaluer à leur juste valeur les nouvelles compétences qui se sont faites jour dans le réseau communautaire. En fait, la reconnaissance des divers titres de pratique en relation avec le droit de dispenser ou non des traitements, devient un des enjeux professionnels les plus actuels du champ de la santé mentale : le législateur québécois vient d'ailleurs tout juste de se pencher par exemple, sur la question du titre réservé de psychothérapeute et a adopté une loi en ce sens en juin 1998.

Quelle nouvelle conception de “l'alternative ” le RRAMSQ peut-il contribuer aujourd'hui à mettre de l'avant ?

Le Comité d'étude du CMSQ¹ avait conceptualisé dès 1985, la question de la santé mentale comme étant un état d'équilibre tributaire d'interactions plus ou moins harmonieuses entre trois ordres de facteurs. Il y avait tout d'abord, les facteurs biologiques, génétiques et physiologiques, et les facteurs psychologiques, soient le cognitif, l'affectif, le relationnel et les processus inconscients. A ces deux premiers larges spectres complexes et hétérogènes, mais qui rendent compte de comment les divers champs scientifiques et cliniques se juxtaposent pour aborder la question du «mental» et du psychique, on ajoutait la dimension sociologique, afin de tenir

² MSSS, 1989, *Politique de santé mentale*, Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec, 1989, *op.cit.*, p.19.

³ Jocelyne Lamoureux, *Le partenariat à l'épreuve*, Éditions Saint-Martin, Montréal, Potvin, Nelson (1997). Cf. également, *Bilan d'implantation de la Politique de santé mentale*, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1994.

¹ Le Comité de la santé mentale du Québec. Cf. *La santé mentale de la biologie à la culture*, Avis sur la notion de santé mentale, Gouvernement du Québec, Ministère des affaires sociales, 1985, *op.cit.* p.132

compte des facteurs de réalité environnementale qui conditionnent la vie matérielle d'une personne.

Cet avis gouvernemental invitait donc à mettre de l'avant «l'idée d'une causalité circulaire et réciproque des phénomènes entre eux ». Le qualificatif de «bio-psycho-social» forgé à cette occasion permettait de cerner globalement les trois composantes à partir desquelles pouvaient être appréhendées les notions de santé et de maladie mentales, mais il permettait surtout de situer les principales formes et angles d'intervention.

Le néologisme de «bio-psycho-social» a fait flores au point que tous ou presque semblent l'avoir adopté. Mais cette connivence dans le recours à ce terme ne reflète que sa commodité descriptive. Nous dirions pour notre part que cet accord apparent frise davantage aujourd'hui le syntagme figé ou la langue de coton qui étouffe le sens... qu'une réelle profondeur conceptuelle. Il y aurait beaucoup, selon nous, à repenser et à remettre sur le métier à ce propos !

Dans le registre psychosocial où s'inscrivent son action et les traitements qu'il offre, le RRASMQ ne prétend pas produire une théorisation renouvelée. Il revendique autre chose. Il revendique d'être plus à même que l'hôpital de contribuer à réinsérer le sujet souffrant dans un tissu relationnel et à l'aider à mieux vivre en trouvant un peu de sens à sa propre histoire.

Parce qu'elles se sont données pour priorité de restaurer quelque chose du lien entre les patients et leur entourage et leur univers environnant, et partant du principe que ce que l'on nomme la «maladie mentale» et en particulier la psychose, s'exprime pour le sujet concerné par une profonde difficulté à se relier à l'autre de façon suffisamment stable et suffisamment sécurisante au plan imaginaire, les ressources composantes du RRASMQ sont devenues une adresse pour nombre d'usagers des services. Beaucoup parmi eux, et surtout les plus en détresse, leur vouent en dépit des aléas, une fréquentation fidèle et semblent y trouver les seuls lieux d'accueil où ils se sentent redevenir une personne. Mieux que cela, où ils sentent qu'ils recouvrent un visage au regard des autres ².

Les diverses ressources du Regroupement s'accordent en outre, pour estimer qu'elles permettent l'instauration plus aisée qu'à l'hôpital, d'un climat de confiance entre usagers et intervenants-soignants. Et c'est ce climat de confiance qui est en

² Lourdes Rodrigues del Barrio, *Les fils ténus du sens, narration et soutiens socioculturels dans la constitution d'une position subjective face à l'expérience psychotique*, thèse de doctorat, Département de sociologie, UQAM, octobre 1999.

tant que tel, potentialité d'alliance thérapeutique, sinon d'emblée amorce psychothérapique.

Le mandat que s'est donné ce réseau d'intervention en santé mentale est né d'une pensée généreuse. Il fait contre poids à l'atomisation de la société post-moderne où les institutions de base, famille, tradition religieuse, fonction paternelle et autres référents méta culturels s'effritent, et ne parviennent plus à permettre au sujet une affiliation à des systèmes de sens faisant langue commune. Dans ce nouvel univers fragmenté, le sujet perd sa sécurité ontologique¹ et faute de sens interprétatifs culturellement ancrés, ce qui lui advient semble trop souvent n'être que coups aveugles du destin et déchaînement de violence indifférente.

Les organismes communautaires composant le RRAMSQ, veulent donc faire parler une voix humaine face à l'érosion de ces sédiments premiers de la socialité pour le sujet. Comme nous l'avons rapidement évoqué plus haut, il nous semble que c'est aussi en continuité avec la tradition d'entraide qui a marqué l'imaginaire «instituant» de la culture québécoise depuis la Nouvelle France, que ces organismes font aujourd'hui le pari d'être un lieu réparateur où pourrait s'exercer une médiation entre un sujet souffrant et son environnement. Contribuer ou tenter de contribuer à réinscrire du lien et du liant, là où la société contemporaine n'en produit plus est déjà en soi un projet psychothérapique. Mais en a-t-il pour autant l'effet pour l'utilisateur des services ? La réponse, il va sans dire, est ici beaucoup plus difficile.

La position politique dans le champ de la santé mentale, qu'a gagnée le Regroupement après vingt ans de travail, est relativement forte, mais cette force ne va pas sans zones d'ombre. D'un côté, au niveau discursif, sa parole est ferme : sa conviction d'offrir des solutions «autres» que le monolithisme des traitements psychiatriques, semble ne pas faire de doute. La pertinence de l'engagement idéologique non plus. Et l'Etat québécois paraît d'ailleurs en avoir entériné le fait. Mais compte tenu de l'immense difficulté de la mission ainsi que les conditions matérielles de sa mise en pratique, la précarité constante des résultats atteints force à un bilan plus modeste et nourrit l'incertitude de tous les intervenants.

On pourra tout à fait s'accorder avec Françoise Boudreau pour estimer que tout groupe social organisé aspire, au moins implicitement, à l'institutionnalisation des valeurs qui l'animent, et s'appuie pour ce faire sur la mobilisation de l'opinion

¹ Antony Giddens, *The Consequences of Modernity*, Stanford University Press, 1990.

publique, la sensibilisation des politiciens, et la recherche de postes décisionnels. «Sans pour autant ignorer les généreuses intentions de tous et chacun, nous partons de la prémisse que le motif principal des groupes d'intérêts [professionnels] dans leurs découvertes respectives du “fou” est le pouvoir, l'obtention ou le maintien de la puissance nécessaire pour se tailler une place de choix, là où se prennent les décisions, là où se dessinent et s'imposent les politiques et les réformes favorables à l'érection et au maintien de ce pouvoir», note cette auteure². Nul doute que ces diverses stratégies, le RRAMSQ les a adoptées les unes après les autres, et plutôt avec succès. Mais les acquis qu'il en a retirés et qui appartiennent au registre de la lutte politique et professionnelle, sont-ils aujourd'hui suffisants ? Et sont-ils ceux qui permettent d'offrir l'intervention clinique la plus diversifiée dans son approche, et la mieux étayée théoriquement parlant ?

A l'heure où l'Etat contemporain semble se délester d'une partie de ses responsabilités sociales et laisser cyniquement tous les soignants, aussi bien dans le réseau hospitalier que dans le réseau communautaire, aux prises avec une tâche qu'il leur devient de plus en plus impossible de remplir convenablement, pourrait-on repenser les modalités de la solidarité collective ? Serait-il possible de repenser la question de l'aide aux patients psychiatriques et aux psychotiques, autrement que dans une perspective de lutte de pouvoirs entre corps psychiatrique et réseau communautaire ? Autrement que dans la dichotomie entre approche biomédicale et approche psychosociale ? Pourrait-on imaginer un renouvellement de la démarche critique et des formes de collaborations éventuelles, menées dans un espace dialogique et inter-critique, plutôt que dans les termes technocratiques d'une «complémentarité» entre «partenaires» dont les savoirs et les fonctions sont hiérarchisés *a priori* ? N'est-il pas temps de recommencer à rêver ?

Fort de ses héritages, le RRAMSQ ne devrait-il pas prendre à nouveau son «bâton de pèlerin» pour stimuler, ainsi qu'il l'avait fait il y a vingt ans, l'imaginaire de pratiques et d'interventions non encore expérimentées ? Mais un point est certain, il faudrait savoir éviter l'écueil d'une rigidification bureaucratique qui pourrait contraindre le questionnement en cours, et surtout, illusoirement assourdir le fond d'incertitude qui a accompagné la démarche du Regroupement et a contribué à l'enrichir.

² Françoise Boudreau, *op.cit.*

BIBLIOGRAPHIE

Aird, Georges (1982) «La mort d'une illusion», *Santé Mentale au Québec*, Vol. VII, No 1, Juin, pp.116-119

Barbin, André et collègues (1986) *La Maison Saint-Jacques, Texte de réflexion*, La Maison Saint-Jacques, Montréal.

Boudreau, Françoise (1984) *De l'asile à la santé mentale*, Montréal, Éditions Saint-Martin.

Castel Robert, (1994) «La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation», *Cahiers de recherche sociologique*, UQAM, No. 22, p. 11-27.

Comité de la santé mentale du Québec (1985) *La santé mentale de la biologie à la culture*, Avis sur la notion de santé mentale, Gouvernement du Québec, Ministère des affaires sociales.

Favreau, Louis (1989) *Mouvement populaire et intervention communautaire de 1960 à nos Jours*, Le centre de Formation Populaire, Les Éditions du Fleuve, Montréal.

Gagné, Jean (1996) «Le 'virage ambulatoire' en santé mentale : un détour qui évite l'alternative?» *Santé Mentale au Québec*, Vol. XXI, No 1, pp.15-26.

Lasvergnas, Isabelle, Gagné, Jean (1998) «La maladie mentale comme frontière de l'être ensemble», *Identité et exclusion, le Labrador*, vol.4, Université Paris Nord, C.N.R.S., 1998, p.121-131.

Giddens, Anthony (1990) *The Consequences of Modernity*, Stanford University Press, Californie.

Edisbury, Lucie, Lebel Carol et Letendre Robert (1981) «Est-ce possible d'offrir des services innovateurs en psychiatrie ? Le cas Jean-Talon» *Santé Mentale au Québec*, Vol. VI, No 2, Novembre, pp.99-106.

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

Letendre, Robert et Pannacio, Monique (1985) «Les professionnels et les ressources alternatives en santé mentale au Québec» *Transitions* 19, pp.140-151.

Morin, Paul, Hince, Carole (1986) *Recherche préliminaire sur les pratiques alternatives*, RRASMQ, inédit.

Offe, Claus (1985), «New Social Movements : Challenging the Boundaries of Institutional Politics» , *Social Research*, Vol. 52, No 4, Hiver, pp. 817-868.

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

White, Deena et Mercier, Céline (1989) «Ressources alternatives et structures intermédiaires dans le contexte québécois», *Santé Mentale au Québec*, Vol. XIV, No 1, Juin, pp.69-80.

**Ce texte fait partie des textes publiés dans le livre «*Les ressources alternatives de traitement*»
édité en collaboration avec la revue Santé Mentale au Québec en 2000.**