

Le facteur humain en politique. Application au domaine de la santé mentale

The human factor in politics : applications in the field of mental health

Gilles Bibeau

Volume 11, Number 1, June 1986

Politiques et modèles I

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030318ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030318ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Article abstract

The author describes the different stages in the construction of governmental policies emphasizing specifically the way the policies in mental health are being developed in Quebec. In the first section, he analyses the traps encountered in the people's consultations whether made in the framework of a commission's recommendations or otherwise; more precisely, he discusses the problems met by the members of the commission, as in the case of the Rochon commission, in separating the conflicting interests expressed in the different reports. In the second section he discusses the relationships that develop between the consultative committees, like the committee on Mental Health of Quebec and the intra-ministerial services, the relationships of cooperation or of lack of communication based as much on the structural elements as on the planned ones; the communications between the intra-ministerial and the external organisms are analyzed reviewing their implication in the preliminary stages that should lead to a provincial policy in mental health. The last section is given over to a short discussion of two ideas that seem at this time to be the predominant ones in the technocrat's world; the idea of desinstitutionnalization and the idea of multidisciplinary in the intervening teams; those ideas are reviewed in regard to the context of the last advice of the Mental Health Committee of Quebec.

Cite this article

Bibeau, G. (1986). Le facteur humain en politique. Application au domaine de la santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 11(1), 19–41.
<https://doi.org/10.7202/030318ar>

Le facteur humain en politique. Application au domaine de la santé mentale

Gilles Bibeau*

L'auteur démontre les différentes étapes du processus de construction des politiques gouvernementales en se centrant spécifiquement sur la façon dont la politique de santé mentale est en train d'être élaborée au Québec. Il analyse dans une première partie les pièges des consultations populaires, qu'elles se fassent dans le cadre des commissions ou autrement; il discute plus précisément des problèmes que pose aux commissaires, comme dans le cas de la Commission Rochon, le départage entre les intérêts conflictuels qui s'expriment dans les différents mémoires. Il discute dans une seconde partie des rapports qui se développent entre des comités consultatifs comme le Comité de la santé mentale du Québec et les services intraministériels, rapports de coopération ou de concertation qui dépendent à la fois d'éléments structurels et conjoncturels; les relations entre l'intraministériel et les organismes externes sont analysées du point de vue de leur implication dans les étapes préliminaires qui devraient conduire à la politique québécoise en santé mentale. La dernière partie est consacrée à une rapide discussion de deux idées qui semblent présentement dominer le discours des technocrates; celle de la désinstitutionnalisation et de la multidisciplinarité des équipes d'intervention, des idées qui sont revues en se basant principalement sur le contenu des derniers Avis du Comité de la santé mentale du Québec.

Un des dangers qui guette la nouvelle «république des patrons» qui siège à Québec depuis décembre 1985 est d'assimiler l'élaboration des politiques à un processus purement technique, inspiré des principes mis de l'avant par les spécialistes de l'administration et les experts-comptables. En transformant les politiques en un produit résultant de l'application technique des règles comptables et gestionnaires à la situation d'une société, on risque de vider le projet politique d'un gouvernement de tout contenu idéologique pour le transformer en un simple projet de nature administrative. Parce qu'on donne dans ce contexte la première place aux organigrammes et à la planification, le risque de prendre des décisions législatives et budgétaires qui négligent le contexte humain est d'autant plus grand que le processus décisionnel est justifié par le recours aux principes de la gestion dite rationnelle. Au nom de quels principes pourrait-on aller contre les apparentes exigences de la rationalité adminis-

trative? Il semble bien qu'on ne puisse prendre position contre cette prétendue «raison» qu'en réaffirmant que la politique n'est pas qu'une affaire de logique, et qu'il est essentiel de prendre en considération de nombreux facteurs humains dans tout processus décisionnel.

Face à l'approche pragmatique qui prévaut présentement en politique au Québec, il m'est apparu particulièrement important de réfléchir sur le problème spécifique de l'élaboration d'une politique québécoise en santé mentale, en m'interrogeant sur certaines conditions de contexte humain et social qu'il faut nécessairement clarifier chaque fois qu'un gouvernement met au point une politique dans quelque domaine que ce soit. Dans le domaine des services socio-sanitaires plus peut-être encore que dans les autres secteurs, la multiplicité des facteurs humains impliqués complexifie grandement le processus de construction des politiques.

Ne pouvant me pencher dans cet article sur l'ensemble du contexte humain d'élaboration des politiques au Québec, j'ai choisi de discuter en profondeur de trois sujets qui m'apparaissent de première importance. Dans une première partie, je m'interroge sur le fonctionnement de notre démocratie qui semble à première vue d'autant plus participative qu'on fait au Québec un large usage des

* L'auteur est professeur et directeur du département d'anthropologie de l'Université de Montréal. L'auteur remercie très sincèrement monsieur Pierre Vendette, secrétaire du Comité de la santé mentale du Québec, qui a non seulement mis à sa disposition divers documents des archives, mais qui a de plus discuté avec lui de sujets sur lesquels l'auteur désirait plus de précisions. Cependant seul l'auteur est responsable des opinions émises dans ce texte.

consultations populaires et des experts de tous genres qui sont censés conseiller le gouvernement; la création récente de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux présidée par le Dr J. Rochon, et la réflexion parallèle menée plus spécifiquement sur la santé mentale m'ont permis de discuter non seulement des problèmes que posent la consultation populaire et le recours aux experts dans le processus de décision politique mais, également, de m'interroger sur les modalités d'articulation de la santé mentale sur la santé en général. L'étude de cas qui est au centre de la seconde partie est dédiée à l'évaluation de la place occupée par le Comité de la santé mentale du Québec (C.S.M.Q.) dans l'élaboration des politiques nationales de santé mentale; je précise dans un premier paragraphe la nature des rapports que le C.S.M.Q. a entretenus avec les services internes du ministère de la Santé et des Services sociaux depuis 1971 et, sur la base de cette brève étude historique, je me demande quelle pourra être la contribution des derniers cinq Avis produits par le C.S.M.Q., dans le processus de mise au point de la politique du Québec en santé mentale. Cette étude de cas me permet de fournir quelques indications sur le rôle des comités consultatifs para-ministériels.

Dans la troisième et dernière partie de l'article, ma réflexion porte sur deux sujets qui sont présentés comme centraux pour la politique future de la santé mentale à la fois dans les documents internes du ministère et dans les Avis du C.S.M.Q.; de plus le discours qui semble dominer pour le moment au Québec en est un qui met de l'avant l'implication des communautés dans la santé mentale ainsi que la nécessité d'une approche pluridisciplinaire des problèmes psychiques, répercutant de quelque manière ce qu'on trouve dans les documents. Compte tenu de l'état d'esprit qui prévaut, j'ai cru utile de me demander si la constitution d'équipes multidisciplinaires en santé mentale est présentement possible chez nous et si oui, à quelles conditions? De plus, je me suis interrogé sur les conditions et les limites de la participation des communautés et de leurs ressources, à la solution des problèmes de santé mentale. Je pose explicitement dans cette dernière partie le problème fondamental du décalage qui peut exister entre un idéal qui est à poursuivre sur le plan de l'organisation des services, et la réalité qui impose des contraintes telles

que toute application stricte de ces politiques risquerait d'être contre-productive.

LA COMMISSION ROCHON ENTRE LES EXPERTS ET LA POPULATION

Il m'apparaît intéressant de sortir pour un moment du contexte géographique du Québec pour poser dans des termes nouveaux le problème fondamental de la participation des principaux partenaires que sont la population, les experts et les technocrates, dans l'élaboration des politiques publiques. Quel que soit le modèle théorique auquel on a recours pour analyser les processus de prise de décision qui conduisent à la formulation des diverses politiques d'un gouvernement, on ne peut éviter de s'interroger sur la place qu'y joue la consultation populaire, sur le pouvoir que détiennent certains groupes d'intérêt comme les corporations professionnelles ou les administrations, et enfin sur la force même des institutions et des structures administratives qui ont tendance à se maintenir d'elles-mêmes indépendamment des idéologies politiques propres aux gouvernements en place. En un mot, cela revient à s'interroger sur le contexte dans lequel se prennent certaines décisions majeures de politique publique ainsi que sur l'identification des acteurs dont le rôle prévaut dans la mise au point des politiques.

Désimplification de l'État et pouvoir du peuple

Nul mieux que le lointain Lao-Tseu ne nous éclaire aujourd'hui encore sur les problèmes reliés au processus de prise de décisions politiques; le principe philosophique de la non-intervention en politique à la base de son système de pensée est en effet suffisamment proche de l'idéologie actuellement dominante de la désimplification de l'État pour que nous nous attardions un moment à l'examen de sa pensée. Comme Confucius et bien d'autres philosophes chinois, Lao-Tseu a mis sa sagesse au service du gouvernement de la cité et s'est longuement impliqué dans la politique de son temps avant de se retirer dans la solitude. Fonctionnaire et archviste à la cour royale des Tcheou vers le 6^e siècle av. J.C., le philosophe Lao-Tseu a réfléchi systématiquement à la façon dont les rois et les princes gouvernent, les uns s'associant des conseillers pour la gestion des affaires publiques, les autres se fiant

à leur propre jugement. Dans un cas comme dans l'autre, les gouvernants se trompent, écrit Lao-Tseu, parce qu'ils cherchent trop à intervenir dans le réel, leurs interventions se multipliant souvent au point d'accabler le peuple.

S'opposant à l'interventionnisme des gouvernants qui finit toujours, selon le philosophe, par verser dans l'arbitraire, Lao-Tseu a proposé une philosophie politique centrée sur le principe de la non-intervention: «La Voie n'agit jamais or tout est fait par elle. Si seulement princes et ducs y adhéraient toute chose se transformerait de soi-même sous le ciel». (Lao-Tseu, 1979, chap. 37). De même que le sage se garde d'intervenir directement dans le cours des choses pour la conduite de sa vie personnelle et qu'il laisse à chaque être la possibilité de se développer selon sa nature propre, les gouvernants obtiennent les meilleurs résultats en s'abstenant d'avoir recours à des interventions autoritaires et intempestives pour orienter le cours de l'histoire et éventuellement changer les formes de la vie sociale.

L'insistance mise par Lao-Tseu sur la non-intervention comme recette de gouvernement conduirait dans la réalité à la pure passivité et à l'attitude du laisser-faire qui entraîne inexorablement l'imposition de la loi du plus fort, si ce principe de la non-intervention n'était assorti de la pensée de Lao-Tseu de deux corollaires essentiels, celui de la justice sociale et celui de la sagesse populaire. La vertu du prince taoïste consiste précisément à donner forme à ce qui surgit d'en-bas, à permettre en quelque sorte à la sagesse des citoyens d'être productive, sur le plan social. Bien que cette sagesse soit inégalement répartie entre les personnes et que son degré plus ou moins élevé varie indépendamment du statut social ou de la richesse d'une personne, Lao-Tseu enseigne que les populations sont dans la majorité des cas capables de se gouverner par elles-mêmes et de solutionner leurs propres problèmes; il tire de cette conception un aphorisme à l'intention des chefs politiques: «Gouverner un grand pays, c'est comme cuire une platée de petits poissons» (Lao-Tseu, 1979, chap. 60), qu'il faut s'abstenir de trop remuer de peur de les briser. Le Tao est tant que Voie à suivre conduit à la sagesse qui est atteignable par tous et qui fonde la participation démocratique de tous dans le gouvernement de la cité. «Quand peuple et gouvernants évitent de

se nuire, la Vertu afflue au royaume», écrit aussi Lao-Tseu.

Mais comment éviter que le prétendu droit du plus fort ne finisse par s'imposer au détriment du droit des plus faibles? Lao-Tseu en appelle de nouveau à la Voie et à sa Vertu pour lever le paradoxe qu'il a lui-même introduit au coeur de sa propre philosophie politique: «Le Tao enlève à ce qui a trop et ajoute à ce qui manque.» Le principe de la non-intervention doit être maintenu aussi longtemps que les intérêts contradictoires des groupes qui s'expriment dans la consultation populaire n'entravent pas les exigences de la justice sociale; aussi longtemps que la redistribution s'opère de façon équitable, chaque citoyen a en effet l'impression de participer «harmonieusement au concert de tous» et dans ces circonstances seulement se réalise un autre aphorisme de Lao-Tseu: «Là où le chef est le plus sage, le peuple dit: Les choses arrivent d'elles-mêmes». Dans le cas où la justice distributive ne structure plus les rapports dans la cité, le principe de la non-intervention peut être contourné au profit d'une action initiée par le prince et destinée à rétablir un ordre acceptable pour tous. Il s'agit là de cas exceptionnels qui ne contredisent en rien la théorie politique fondamentale des taoïstes: la sagesse des gouvernants se construit à partir de celle du peuple à la condition qu'on pratique de part et d'autre la «voie et sa vertu».

Les critiques contemporains de l'État-providence qui plaident en faveur d'un allègement des interventions étatiques dans les domaines les plus divers semblent à première vue répercuter aujourd'hui la pensée politique de Lao-Tseu (entre autres Rosenvall, 1981; Cazes, 1981). Rien n'est cependant moins certain. Deux raisons principales sont en effet généralement invoquées pour justifier la désimplification de l'État: soit qu'on considère que la crise fiscale et financière des gouvernements oblige ceux-ci à se retirer des affaires dans lesquelles ils avaient l'habitude d'intervenir (Deutscher Verein, 1983), soit qu'on revendique le droit des communautés et des populations à se prendre en main et à remplacer l'État dans de nombreux domaines (Korton, 1981). La première raison invoquée est purement conjoncturelle et ne semble répondre à aucune théorie politique explicite; la seconde risque de n'être qu'un alibi qui est d'autant plus recevable qu'il rencontre les revendications d'implication et de parti-

cipation qui se manifestent de plus en plus dans les populations. Dans l'un et l'autre cas, on poursuit une désimplification de l'État dans les institutions et services mais on la revendique sans se poser explicitement la question des effets que produiront les nouvelles transformations organisationnelles sur les droits acquis des différents groupes sociaux. Même si, par exemple, certaines garanties constitutionnelles et législatives semblent encore assurer à tous les citoyens une protection intégrale et un accès universel à la majorité des services sociosanitaires du secteur public, il est permis de penser qu'une désimplification étatique fondée explicitement sur une politique d'orientation libérale favorisant le privé grugera rapidement un certain nombre de droits acquis (*Prospectives et santé*, 1984). L'élection au Québec en décembre 1985 d'un gouvernement qui met l'accent sur des objectifs de croissance économique, qui valorise la compétitivité et la productivité ne peut que contribuer à diffuser ou à soutenir dans les populations un état d'esprit de plus ou moins grande indifférence face aux enjeux proprement sociaux et à l'équilibre des chances entre les différents groupes sociaux. Dans le contexte d'une politique qui insiste plus sur les conditions de création de la richesse collective que sur les mécanismes de sa redistribution équitable entre tous, on peut en effet rapidement aboutir à accroître les écarts entre les diverses composantes de notre société.

La sagesse comme voie de départage entre les intérêts conflictuels

Serions-nous au Québec relativement protégés face aux conséquences des modifications politiques étatiques grâce au système largement utilisé de la consultation «populaire» auquel le gouvernement a recours chaque fois que nous sommes affrontés comme société à des problèmes dont la solution est controversée? Peu de pays ont autant que le Québec essayé de saisir le pouls de la population à travers les commissions d'enquête de tous genres qui circulent dans les différentes régions du pays pour entendre tout groupe ou tout individu désireux de donner son point de vue sur le problème à l'étude ainsi que sur les solutions envisagées. Deux de ces commissions, la Commission Parent et la Commission Castonguay-Nepveu, ont profondément marqué en leur temps la société québécoise dans la mesure où elles ont introduit des changements

majeurs respectivement dans notre système d'éducation au début de la Révolution tranquille, et dans l'organisation des services socio-sanitaires dans les années 70.

Une nouvelle commission présidée par le Dr Jean Rochon vient d'être créée pour procéder à l'évaluation et à l'aggiornamento du système québécois de santé et des services sociaux issu de la Loi 65. Conformément au décret gouvernemental, son mandat est d'évaluer le fonctionnement et le financement du système des services de santé et des services sociaux en regard de ses objectifs, d'étudier les solutions possibles aux différents problèmes que connaît présentement ce système, et de faire au gouvernement les recommandations appropriées pour en assurer le maintien et le développement. Le mandat exige d'une part que soient maintenus les principes et la philosophie qui sont à la base du présent système; d'autre part, il est demandé à la Commission Rochon de «trouver des moyens d'assouplir le fonctionnement du système et de le réorienter pour qu'il soit plus sensible à son environnement et capable de s'articuler sur les besoins de la population» (*Bulletin d'information de la Commission Rochon*, 1986, 1). C'est également dans ce contexte que la difficile question des coûts de fonctionnement du système doit être examinée.

Deux problèmes majeurs risquent de se poser durant les travaux de la Commission. Le premier concerne les contradictions qui ne manqueront pas de surgir entre les principes qui sont présentement à la base de notre système et sur lesquels on n'est pas censé revenir, et d'autres principes qui émergeront certainement au cours des consultations. Le contexte idéologique et social qui a conduit en 1970 aux recommandations de la Commission Castonguay-Nepveu a radicalement changé, et il se pourrait très bien que le nouvel état d'esprit fasse émerger une autre philosophie moins inspirée du communautaire, plus centrée sur le privé et la gestion des services par des professionnels, par exemple. Même si on s'entend pour éviter de remettre en question les principes fondamentaux sur lesquels s'appuie notre système socio-sanitaire, est-il théoriquement possible de discuter des mécanismes de participation communautaire sans parler des modes de gestion et du pouvoir des administrateurs? Qui peut se limiter à parler du rôle des professionnels sans évoquer leurs différents lieux de travail que

sont les polycliniques et les C.L.S.C. par exemple? Et comment parler du financement sans reposer le problème de la gratuité des services? À notre avis, la Commission sera conduite dans les faits à réouvrir des débats fondamentaux qui ont eu lieu il y a une quinzaine d'années mais qu'on ne peut éviter de reprendre aujourd'hui. Le processus de consultation qui prévoit de manière fort artificielle un déroulement chronologique en deux étapes qui va de la définition de la problématique et des enjeux aux propositions de solutions indique néanmoins par là de façon implicite et fort logique qu'il faut commencer par «re-problématiser» la pertinence de la présente politique socio-sanitaire du Québec en interrogeant les finalités et objectifs du système. Une commission non explicitement investie de mandat à ce sujet ne pourra finalement que se sentir piégée et limitée dans son action; il est à prévoir que la commission dépassera par la force des choses les termes de son mandat.

Le fait même qu'une interrogation sur la philosophie du Québec en matière de santé et de services socio-sanitaires ne pourra dans les faits être évitée conduit précisément au deuxième problème auquel sera confrontée la commission. Pour asseoir leurs recommandations, les commissaires puiseront leurs informations à trois sources principales, d'abord dans la consultation de groupes et de personnes du Québec concernés par les problèmes socio-sanitaires, ensuite dans les résultats d'un programme de recherches menées sur des thèmes prioritaires identifiés en concertation avec les membres du groupe aviseur nommés par la commission, et enfin à travers des séances de travail avec des experts nationaux et étrangers spécialisés dans le domaine. Une masse colossale de données et d'informations qui s'inscrivent dans des conceptions et idéologies fort différentes et des propositions souvent antagonistes émergeront de ce long processus de consultation, rendant particulièrement difficile la mise au point d'un ensemble de recommandations qui s'organisent de façon cohérente au sein d'une philosophie de base. Il suffit de penser aux intérêts divergents que feront valoir devant la commission des groupes aussi contrastés que les administrateurs des institutions du réseau, que les corporations professionnelles, que les syndicats, que la Chambre de commerce, que les mouvements communautaires, que les regroupements de malades, etc. Même si

on demande aux organismes et personnes d'adopter dans leurs dépositions une perspective générale et collective qui dépasse les intérêts spécifiques du groupe, on peut prévoir que chaque mémoire sera structuré sur l'idéologie de référence du groupe concerné.

Au nom de quelle métaphilosophie politique ou de quels référents objectifs les commissaires seront-ils amenés à accepter un point de vue et à en rejeter un autre? Quelle place feront-ils aux différentes positions pour construire la position même de la commission? En définitive, ne serons-nous pas renvoyés aux conceptions que les membres de la commission se font eux-mêmes de l'organisation du système socio-sanitaire du Québec, conceptions qui peuvent évidemment évoluer dans le sens d'une même communauté de pensée au sein de la commission puisque tous les membres participeront aux différentes séances de consultation. Nous ne pouvons postuler que l'évolution va nécessairement se faire dans le sens d'un partage des mêmes points de vue par les membres de la commission puisque chacun a précisément été choisi pour représenter un point de vue spécifique. Comment sortir de cet apparent cercle vicieux qui contredit en partie l'objectif même de la consultation? Il existe deux voies pour s'en échapper. La première qui a été clairement identifiée par les commissaires consiste à se donner des garanties externes qui permettent d'assurer une certaine objectivité aux choix qui seront faits par la commission: ces garanties minimales seront assurées par le recours aux résultats des recherches entreprises sur une base indépendante ainsi que par l'utilisation des points de vue mis de l'avant par des experts considérés comme n'appartenant à aucun groupe d'intérêt particulier.

Dans un domaine aussi complexe que celui de l'organisation des services socio-sanitaires dans lequel plusieurs propositions sont théoriquement tout aussi valables les unes que les autres, de telles garanties suffisent-elles à placer les membres de la commission dans les conditions les meilleures pour faire leur travail? En préférant la formule d'une commission itinérante comme la Commission Rochon à la constitution d'un comité ad hoc qui aurait fatalement été dominé par des spécialistes consultants, ou au recours à une des constituantes de l'administration publique qui aurait risqué de répercuter le discours déjà connu des technocrates,

le gouvernement s'est en quelque sorte mis sans le savoir à l'école de Lao-Tseu puisqu'il se donne la chance de reprendre à travers les consultations ce qui surgit de la sagesse même du peuple, à la condition que celui-ci accepte évidemment de parler. Il ne restera plus alors qu'aux commissaires eux-mêmes à faire la démonstration de leur propre sagesse. Si ces sagesse se rencontrent, peut-être alors le peuple dira-t-il comme Lao-Tseu «Les choses arrivent d'elles-mêmes». On ne peut donc en définitive sortir de ce cercle vicieux qu'à travers un acte de foi dans la sagesse des commissaires qui devront dans un impossible pari maintenir les principes centraux de la Loi 65, harmoniser leurs recommandations avec les orientations générales d'un gouvernement libéral et faire place aux points de vue des technocrates et des fonctionnaires tout en répercutant les conceptions des différents groupes d'intérêt au sein de la population. Remise à sa juste place, la consultation n'apparaît donc plus que comme une étape d'un processus autrement plus complexe au terme duquel un gouvernement se donne une politique.

Telle que pratiquée par notre gouvernement, la consultation vise-t-elle vraiment à recueillir le point de vue des populations afin de donner une base populaire aux politiques? Ce que je viens d'écrire relativement aux multiples contraintes qui s'imposent de l'extérieur à la Commission Rochon permet de répondre aisément à cette question. Les commissaires devront naviguer entre le Charibbe des nouvelles décisions socio-sanitaires que le gouvernement aura inmanquablement prises d'ici le dépôt du rapport de la Commission à l'automne 1987, et le Scylla des politiques qui ont été sanctionnées dans la Loi 65 mais dont l'application n'a pas été ou n'a pu être faite. Si la population répond et que la consultation est bien faite, on peut espérer que des points de vue exprimés surgiront des repères qui permettront de progresser dans la bonne direction. Bien qu'ils puissent le penser, ce ne sont ni les planificateurs ni les technocrates qui détiennent à eux seuls la boussole, et bien qu'il soit d'application difficile, le recours à la consultation et aux commissions constitue un rempart contre le pouvoir des technocrates.

LES RAPPORTS AU POUVOIR DU COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC

La mise au point d'une politique de santé mentale pose des problèmes particuliers dont sont conscients les membres de la Commission Rochon qui semblent avoir hésité à inclure ce secteur dans leur interrogation systématique sur les services dont a besoin la population québécoise d'aujourd'hui. L'option de l'exclusion de ce secteur du mandat de la Commission au profit d'une consultation indépendante orchestrée directement par les services du M.S.S.S. semble théoriquement se justifier tout autant que l'option favorisant une interprétation du mandat confié à la Commission dans le sens de l'inclusion du champ de la santé mentale. Le président du Comité de la santé mentale du Québec (C.S.M.Q.), insiste avec à-propos sur la place centrale que peut jouer l'élaboration d'une politique en santé mentale relativement à toute politique de santé; il le fait dans sa note de présentation des Avis: «En décidant en 1982 de procurer au Québec une politique globale de santé mentale, le MAS a pu, et fort heureusement, déclencher une opération susceptible de nous procurer éventuellement aussi une politique globale de santé comportant des objectifs opérationnels de restauration, de protection et de développement en rapport avec la santé physique et mentale des Québécois. En effet, compte tenu de l'importance de la santé mentale dans le domaine de la santé, on pourra être tenté de procéder au développement d'une politique globale de santé quand on aura mis au point au Québec une politique de santé mentale». (in Corin *et al.*, 1985, V).

Quelle que soit la proposition qu'on adopte sur la forme de rattachement du domaine de la santé mentale à l'interrogation sur la santé en général, on ne peut éviter de s'affronter à deux principaux problèmes sur lesquels je compte précisément fournir un éclairage dans cette seconde partie de l'article. Le premier problème concerne les contradictions susceptibles de surgir entre les principes que feraient émerger des consultations indépendantes ou chronologiquement décalées; rien ne permet en effet de penser a priori que les principes fondateurs d'une politique de santé mentale s'harmoniseront nécessairement avec ceux qu'on

souhaite mettre au centre de la politique globale de santé et de services sociaux. Pour situer dans une juste perspective ce problème, j'ai choisi de me pencher non seulement sur la position théorique des politicologues relativement aux rapports entre politiques explicites et implicites, mais aussi sur une brève analyse des positions tenues par la Commission Castonguay-Nepveu relativement à la non-spécificité du champ de la santé mentale au sein de la santé en général. En proposant de penser la politique générale de santé sur l'arrière-fonds d'une politique spécifique en santé mentale, le président du C.S.M.Q. assurait l'existence d'une convergence entre les orientations politiques de l'une ou de l'autre. Quant à la Commission Rochon, il ne fait aucun doute qu'elle inclura dans son mandat le champ de la santé mentale mais le fera-t-elle en annulant les spécificités de ce domaine comme les commissaires de la Commission Castonguay-Nepveu l'ont fait avant eux?

La santé mentale dans la santé

Les spécialistes de sciences politiques (voir Dye 1981) insistent de plus en plus sur la nécessité de considérer toute politique sectorielle, celle qui s'élabore dans le domaine de la santé mentale par exemple, comme la résultante de deux ou plusieurs ensembles de politiques qui sont le plus souvent considérés comme des corpus indépendants. Ils parlent de «politiques explicites» pour se référer à la philosophie, aux dispositions légales et aux structures organisationnelles qui caractérisent un domaine particulier de la vie sociale, et de «politiques implicites» lorsqu'ils prennent en considération le contenu des politiques élaborées dans les domaines immédiatement voisins du secteur explicitement considéré ou qui lui sont directement reliés. Ces auteurs insistent sur le fait qu'on ne peut comprendre les «politiques réelles» d'un gouvernement dans un domaine ou un sous-domaine donné, celui de la santé ou plus précisément celui de la santé mentale par exemple, que si on s'intéresse aux résultats des interactions entre les politiques explicites et les politiques implicites.

L'accent mis dans les organigrammes sur la nécessité de penser les problèmes organisationnels au sein d'une structure intersectorielle intégrée répercute en quelque sorte au niveau de la planification le discours des politicologues. Il est en effet

apparu clairement à plusieurs observateurs et ce depuis déjà bien longtemps que le champ de la santé au Québec est loin d'être organisé uniquement sur la base des dispositions organiques imposées par la Loi 65; la législation relative aux Corporations professionnelles et à l'Office des Professions, la réglementation sur les services essentiels, la liberté d'association et les modalités de rémunération des médecins qui ont conduit au développement à travers le Québec d'un réseau serré de polycliniques au moment même où l'idéologie politique favorisait l'implantation des C.L.S.C., et même les différents programmes sociaux qui doivent garantir un revenu minimum à tous les citoyens, constituent autant d'éléments d'une politique implicite qui viennent contredire sur de nombreux points, et dans certains cas il s'agit de point fondamentaux, la politique élaborée explicitement dans le domaine de la santé et des services sociaux. Si on veut faire une lecture réaliste des politiques véritables qui structurent le domaine de la santé et des services sociaux, il apparaît essentiel de travailler au niveau des articulations entre les politiques explicites et implicites en cherchant à mettre en évidence la dynamique de contradiction ou de soutien réciproque qui surgit de la multiplicité des politiques appliquées à un même secteur.

Outre cette articulation du secteur de la santé sur les politiques globales de l'État en matière de protection du revenu par exemple, il existe une autre forme d'articulation de nature beaucoup plus spécifique entre un domaine particulier et les différents secteurs qui composent ce domaine: c'est le cas des rapports entre les politiques générales de santé et celles qui s'appliquent plus précisément au champ de la santé mentale. On sait que l'organisation des services de santé mentale constitue dans tous les pays un chapitre particulièrement controversé qui est souvent réfléchi à partir de référents spécifiques relativement indépendants de ceux utilisés dans la structuration du système général de santé et de services sociaux. Qu'il suffise de penser à la position adoptée par la Commission Castonguay-Nepveu à la fin des années 60: bien qu'avisés et clairvoyants dans plusieurs domaines fort complexes, les commissaires n'avaient pas alors jugé utile de reconnaître à la santé mentale une spécificité telle qu'elle aurait commandé une philosophie et une organisation des services indépendants du reste du système

de santé. Tout en reconnaissant que les problèmes de santé mentale n'étaient pas tout à fait comme les autres, les commissaires s'étaient limités à recommander que ces problèmes soient pris en charge à la fois par des établissements spécialisés mais, plus particulièrement, par de nouveaux départements de psychiatrie à créer au sein des hôpitaux généraux et par les autres établissements (C.L.S.C. et C.S.S.) du réseau. Il s'agissait en quelque sorte d'appliquer à la santé mentale la logique générale de la réforme.

Ce n'est pas le lieu de nous demander quel était l'état d'esprit prévalent face à l'organisation des services de santé mentale dans les autres pays du monde, durant les quatre ans (1966-1970) de travaux de la Commission; nous n'avons pas non plus à nous interroger sur les raisons précises qui ont alors conduit les commissaires à considérer les problèmes de santé mentale comme relevant principalement du médical et du psychiatrique. Sans entrer dans les détails, on peut cependant rappeler que nos voisins américains avaient déjà initié dès le début des années 60 le processus de désinstitutionnalisation des patients psychiatriques et de création de centres communautaires de santé mentale dont une des fonctions recommandées et non obligatoires était de favoriser la réinsertion sociale des personnes malades. À la même époque, en 1960 plus précisément, la France avait adopté par décret une organisation des services centrée sur le «secteur» avec l'objectif d'articuler l'hôpital sur les communautés de façon à permettre une meilleure circulation des malades entre leur milieu naturel de vie et l'hôpital, et l'Angleterre avait aussi dès le début des années 60 mis au point une politique d'élimination graduelle et systématique des institutions asilaires. Pendant qu'on s'efforçait dans la plupart des pays de repenser globalement les services aux malades psychiatriques, les commissaires québécois affirmaient haut et clair dans leur rapport de 1970 que la maladie mentale est une maladie comme les autres dont le traitement relève des principes généraux mis à la base du système de soins.

En refusant de reconnaître que les services aux patients psychiatriques posent en des termes particuliers les problèmes d'hospitalisation et de soins, les membres de la Commission tournaient le dos de façon évidente aux conclusions du Rapport Bédard qui déjà, en 1962, avait attiré l'attention sur la nécessité de réorganiser les services psychiatriques

dans le sens d'une politique de «porte-ouverte» utilisant au maximum les «services communautaires». Lorsque le docteur Bédard démissionne dès l'adoption en première lecture, de la Loi 65 en décembre 70, de son poste de directeur à la Direction générale de la psychiatrie et de l'hygiène mentale, il le fait parce qu'il sent une contradiction formelle entre les efforts faits au Québec durant les années 60 pour sortir du système asilaire, et la structure «sans contenu» proposé par le Rapport Castonguay pour tout ce qui touchait à la santé mentale. Pour avoir refusé de considérer la spécificité du champ des problèmes psychiatriques, la Commission Castonguay-Nepveu a finalement accouché d'une politique de santé mentale nullement progressiste et mal adaptée à l'état d'esprit du Québec d'alors.

Les prises de positions du C.S.M.Q. (1971-1982).

C'est dans ce contexte que fut créé en août 1971 le Comité de la Santé Mentale du Québec dont le mandat était de participer, en coopération avec la Direction générale de la planification du Ministère, à l'identification des besoins de la population en Santé Mentale, à l'élaboration d'indicateurs permettant de connaître l'état de la santé mentale dans les divers milieux, à l'évaluation des ressources et services existants, et enfin à la mise au point d'un plan de développement des services de santé mentale. Se basant sur le fait que le mandat assigne au C.S.M.Q. un rôle explicite dans la formulation d'une politique de santé mentale pour le Québec, certains ont vu dans la création du Comité la mise en place d'une structure susceptible de corriger les oublis de la Commission Castonguay-Nepveu; en réalité, il semble bien qu'il s'agissait dans l'esprit des administrateurs du Ministère d'un Comité revêtu d'une fonction consultative et dont les avis adressés au Ministre allaient être utilisés par les technocrates pour la planification et l'organisation des services.

Il ressort de l'analyse des rapports annuels du Comité, que ses membres se sont explicitement posés au cours des premières années le problème de leur articulation sur les instances gouvernementales officielles, et deux facteurs ont été identifiés pour expliquer le fait que le Comité n'était pas alors utilisé à sa pleine mesure: «une consultation aléatoire de la part du ministère, parfois faite à contre temps, et une absence de support technique qui soit

vraiment efficace pour conduire des travaux à long terme» (Lizotte, 1981). Déjà en 1973-74, la situation s'est clarifiée puisque le Comité a été invité à jouer un rôle explicite de consultation et de collaboration dans l'implantation des politiques mises au point par voie législative, et que le Ministère avait l'obligation de concrétiser; de plus, outre ce rôle consultatif, le rôle de comité d'étude du C.S.M.Q. a été reconnu et quelques ressources financières ont été mises à sa disposition pour procéder à des revues de littérature et faire des consultations lorsque le sujet l'imposait.

Quel qu'ait été dans l'esprit des politiciens le rôle précis qu'on avait envisagé pour le C.S.M.Q. quant à l'élaboration des politiques en santé mentale, les sujets sur lesquels le Comité s'est prononcé dès sa création démontrent avec clarté qu'il entendait occuper un espace d'autant plus grand que la Direction générale de la psychiatrie et de l'hygiène mentale avait été dissoute au sein du Ministère. Les premiers documents qui furent produits par les membres du C.S.M.Q. portaient en effet explicitement sur des aspects essentiels d'une politique de santé mentale. Les conclusions du premier document relatives aux *Coordonnateurs régionaux de l'hygiène mentale* (1972) furent presque intégralement reprises par le Ministère des Affaires sociales; il s'agissait là d'une victoire importante puisque le M.A.S. reconnaissait l'existence d'une structure parallèle de santé mentale au sein du système socio-sanitaire global; en réalité, il s'agissait d'une mesure provisoire d'exception comme le démontre le fait que les «coordonnateurs» disparurent aussitôt que furent mis en place les C.R.S.S.S. dans les diverses régions socio-sanitaires. Dans son second document dédié à l'*Organisation des services de soins psychiatriques* (1972), le C.S.M.Q. reconnaît cependant les avantages qu'il y a à intégrer les services de santé mentale dans le réseau général: «Les services psychiatriques ne doivent pas constituer un réseau parallèle isolé des autres services de santé. Même si, dans certains cas, les interventions des équipes psychiatriques doivent avoir lieu dans des établissements qui reçoivent uniquement des malades mentaux, l'ensemble de ces services doit être complètement intégré au réseau des services de santé» (C.S.M.Q. 1972, 22). L'organisation administrative des services de soins psychiatriques proposée insiste particulièrement sur la continuité des

soins et sur la coordination entre les différents niveaux allant jusqu'à s'interroger déjà en 1972 sur l'organisation des services de santé mentale au sein des C.L.S.C. Tout en discutant de l'intégration du malade à son milieu, ce document évite de prendre en considération le difficile problème de la désinstitutionnalisation. C'est le même esprit qu'on retrouve dans l'important document publié en 1973 sur *La prévention dans le domaine de la santé mentale*.

La confusion conceptuelle et administrative se reflète parfaitement bien dans les termes d'hygiène mentale, de soins psychiatriques et de santé mentale qui sont employés dans ces trois premiers documents du C.S.M.Q. Il faut peut-être rappeler que le Comité était alors composé de cinq psychiatres sur un total de dix membres, le président étant d'office un psychiatre. Le champ des problèmes psychiatriques auquel s'adresse plus directement le Comité est distingué du champ de la santé mentale qui apparaît comme beaucoup plus large: «Si le Comité de la santé mentale a décidé de recommander l'adoption d'une politique partielle avant l'élaboration d'une politique d'ensemble touchant tout le domaine de la santé mentale, c'est d'une part qu'il est urgent de redonner une orientation aussi précise que possible à un ensemble de services déjà existants et très fortement utilisés et d'autre part, que le vaste champ de la santé mentale exige des études, des définitions, des plans et des programmes qui nécessiteront beaucoup de temps et de travail» (C.S.M.Q., 1972, 2).

Comme au terme d'un long cheminement, le C.S.M.Q. a clarifié près de 15 ans plus tard dans son récent *Avis sur la notion de santé mentale* ce difficile problème qui semble être encore bien peu clair dans la tête des planificateurs et des technocrates: «Il faut envisager l'élaboration d'une politique à deux niveaux différents: au niveau d'un «noyau dur» où l'on se préoccupe des problèmes psychiatriques lourds au niveau de la prévention, du traitement et des actions de réadaptation; à celui d'une «aura» plus large, plus directement concernée par la santé mentale et où il serait moins question de préciser une série de lois ou de modèles que de sensibiliser et de créer des «mécanismes d'action» et de soutien aux dynamiques existantes. Certaines actions à portée plus globale sont également à envisager dans ce contexte. Ce «noyau dur» de la santé

mentale demeure toujours le champ prioritaire de la psychiatrie qui garde dans ce domaine une compétence et une responsabilité non pas exclusives mais certainement majeures» (C.S.M.Q., 1985, 140). Il ressort de ce texte qu'on ne peut penser l'organisation des services sur un mode uniforme en annulant la distinction fondamentale entre les soins destinés aux patients psychiatriques et les actions plus globales de santé mentale.

Analysant les rapports entre le Ministère des Affaires sociales et le C.S.M.Q. durant la période 1971-1976, F. Boudreau écrit: «un gouffre sépare les hauts fonctionnaires du M.A.S. et les membres du C.S.M.Q.: Que les psychiatres n'aient pas réussi à définir le terme santé mentale, c'est bien drôle, nous dit en souriant un haut fonctionnaire à la programmation. Ce qu'on veut, c'est la quantification» (Boudreau, 1984, 174). Les fonctionnaires et technocrates du M.A.S. sont à ce point préoccupés durant ces années à mettre sur pied un système unique et parfaitement intégré des services socio-sanitaires, depuis le niveau des C.L.S.C. jusqu'à celui des C.R.S.S.S., qu'ils sont incapables (pour des raisons juridiques entre autres) de faire entrer dans leurs organigrammes toute spécificité de services, qu'elle soit imposée par des considérations géographiques, culturelles ou par les caractéristiques particulières de certains problèmes de santé comme dans le cas des problèmes psychiatriques. Le discours prévalent des bureaucrates de l'époque s'articulait essentiellement autour des notions d'intégration, d'uniformité, de planification et de gestion rationnelle d'un système unique issu de la Loi 65 et intégrant le médical, le social et le communautaire.

Durant les cinq ans (1971-1976) qui ont suivi la mise en application des dispositions de cette Loi, le C.S.M.Q. a dû progressivement restreindre son rôle effectif et se limiter à fournir des réactions aux prises de position et aux documents émanant du Ministère des Affaires sociales; le C.S.M.Q. réaffirmait cependant parallèlement qu'il se devait pour se conformer aux termes mêmes de son mandat de contribuer plus substantiellement à l'élaboration d'une politique québécoise en santé mentale. L'affrontement public qui consomma en quelque sorte la différence d'orientation entre les membres du C.S.M.Q. et les responsables politiques en santé mentale au M.A.S. s'est fait en septembre 1976 sur

le problème central de la sectorisation: c'était deux mois avant que le Parti québécois ne prenne le pouvoir et que le docteur Denis Lazure, un promoteur inconditionnel de la sectorisation en psychiatrie, ne soit nommé Ministre des Affaires sociales. Je rappelle que le C.S.M.Q. avait dès septembre 1975 produit un Avis dans lequel il recommandait explicitement:

1. que le M.A.S. encourage la sectorisation dans les services de santé mentale;
2. que les conseils régionaux assument le mandat de répartir les besoins des populations et d'assigner la responsabilité de leurs soins entre les différents établissements qui relèvent de leur compétence;
3. que soit prévu un échéancier en vue de développer des services adéquats là où les besoins sont les plus pressants.

FORGET/MACKAY

En proposant la sectorisation comme une méthode intéressante pour le Québec dans l'organisation des services et la distribution des soins psychiatriques, le C.S.M.Q. donnait raison aux promoteurs des réformes qui s'étaient faites dans certains grands établissements psychiatriques du Québec de 1973 à 1975. Lorsque le Ministre C. Forget annonce devant les psychiatres des Associations canadienne et québécoise de psychiatrie réunis à Québec en décembre 1976 que «les politiques actuelles du M.A.S. s'opposent à la sectorisation», il déclare non légitimes les pratiques de «secteur» initiées par certains hôpitaux psychiatriques; de plus, il discrédite en quelque sorte la position officielle du C.S.M.Q. en rappelant indirectement que les membres de ce Comité semblent incapables de réfléchir la problématique de la santé mentale en référence aux dispositions organiques de la Loi 65; la sectorisation dans les services de santé mentale s'oppose en effet, dit le Ministre, à deux principes énoncés dans cette Loi: 1) on ne peut mettre au point un régime administratif particulier pour un problème de santé, et 2) la liberté de choix par rapport au thérapeute constitue une caractéristique fondamentale du système québécois de santé. Les psychiatres réformistes qui croyaient en cette formule administrative, et d'autant plus que la belle structure intégrée de distribution des soins prévue dans les organigrammes gouvernementaux n'arrivait pas à être mise sur pied.

réagirent très négativement au rappel fait par le Ministre de ces deux principes essentiels sanctionnés par la Loi 65. Le docteur MacKay, alors président du C.S.M.Q., riposta pour sa part vertement au Ministre sur le fond de l'argumentation développée par le Ministre pour rejeter la sectorisation mais aussi sur le fait que le Ministre avait officiellement pris position sur ce problème crucial sans consulter ni même informer le C.S.M.Q.

Cette divergence fondamentale sur le recours à la sectorisation comme modèle de gestion des ressources permit de mieux clarifier la position d'auxiliaire que le M.A.S. entendait faire jouer au C.S.M.Q. Il n'y a pas de doute que les hauts fonctionnaires comptaient sur les avis éclairés des membres du C.S.M.Q. mais à la condition expresse que le Comité fasse des suggestions inspirées exclusivement des principes de la réforme mis de l'avant dans la Loi 65. Pendant que le M.A.S. était attelé à implanter le système socio-sanitaire intégré, le C.S.M.Q. fut invité à l'aider à trouver des solutions aux problèmes spécifiques que posait l'organisation des services de santé mentale; réagissant généralement à des documents produits par divers services du M.A.S., le C.S.M.Q. donna son point de vue sur le rôle des C.L.S.C. et des C.S.S. en santé mentale, discuta des problèmes posés par le développement des départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux, réagit aux projets d'utilisation des foyers affiliés et des foyers thérapeutiques, et de façon encore plus générale se prononça sur des sujets tels que la rémunération des psychiatres ou le reclassement des patients psychiatriques. Bien que ponctuelles et limitées, les réactions à ces divers documents s'inspiraient d'une conception globale de l'organisation des services de santé mentale qu'une lecture comparative des Avis permet de dégager.

Durant ces années difficiles de transformation de notre système socio-sanitaire et par le fait même de réorganisation des services psychiatriques dans un sens qui ne remportait pas l'adhésion de tous, le C.S.M.Q. joua une fonction de vigilance non seulement au niveau de la mise en place de la structure organisationnelle mais également sur le plan des modifications légales. Le C.S.M.Q. a en effet été intimement associé au processus initié en 1972 de révision des lois sur la protection du malade mental, sur la curatelle publique et sur la protection de

la jeunesse, processus timide qui est cependant encore loin d'être terminé.

1976

Tout en adhérant à l'idée qu'il était urgent de développer un véritable système de santé mentale, le C.S.M.Q. avait défendu dans ses Avis et ce, de façon continue, une position favorable à la reconnaissance d'un «noyau dur» dans le champ de la santé mentale, et par le fait même à la nécessité d'organiser une partie des services psychiatriques à partir de principes spécifiques; tout en proclamant l'intégration, les membres du C.S.M.Q. cherchèrent à montrer dans divers documents le bien-fondé d'une structure parallèle qui ne serait pas indépendante du système global et qui s'y relierait d'une façon originale. Avec une telle orientation, le C.S.M.Q. n'apparaissait que partiellement solidaire des politiques que le M.A.S. s'était efforcé de faire triompher de 1971 à 1976. L'installation d'un ministre-psychiatre à la tête du M.A.S. en novembre 1976, et plus précisément encore du docteur Lazure qui s'était fait l'avocat non seulement de la sectorisation mais aussi d'une organisation intégrée et interinstitutionnelle des services de santé mentale, ne pouvait théoriquement qu'améliorer les conditions permettant au C.S.M.Q. d'assumer pleinement son rôle de conseiller privilégié dans l'élaboration des politiques du M.A.S.

En fait l'optimisme des membres du C.S.M.Q. fut une fois de plus déçu. Dès le début de son mandat, le ministre a en effet mis sur pied une double structure dont le rôle était de l'assister dans l'organisation des services de santé mentale: il créa dans un effort de décentralisation une «commission administrative sur les services psychiatriques de courte et longue durée» dans chacune des dix régions socio-sanitaires du Québec, afin de s'assurer que les services rencontreraient les besoins particuliers de chaque région; ne négligeant pas non plus la centralisation nécessaire au niveau du M.A.S., il forma un Comité provincial de la psychiatrie composé de dix membres qui reçut le mandat de conseiller le ministre et de favoriser la coordination entre les activités des commissions administratives régionales. Pour présider le nouveau Comité de la Psychiatrie auquel le Ministre semble avoir attaché la plus haute importance sur le plan consultatif, monsieur Lazure nomma le docteur MacKay qui

avait présidé jusque-là le Comité de la santé mentale du Québec.

1976: COMITÉ DE LA PSYCHIATRIE

Les termes ne sont pas neutres et le fait que le Ministre ait préféré pour l'assister un comité de la psychiatrie à une direction générale de la psychiatrie et de la santé (hygiène) mentale comme cela existait jusqu'en 1970 indique d'emblée l'accent mis au sein du ministère sur une problématique de services de psychiatrie, plutôt que sur une réflexion organisationnelle articulée autour de services de santé mentale. Les quelques documents produits durant les trois années d'existence (mars 1977 à janvier 1980) du Comité provincial de la psychiatrie réaffirmèrent en effet la spécificité de la maladie mentale, la nécessité d'un réseau parallèle de services et enfin le rôle prééminent du psychiatre au sein des équipes multidisciplinaires travaillant auprès de personnes ayant des problèmes de santé mentale. Faut-il rappeler que ce coup de force hégémonique de la part des psychiatres contredisait des points essentiels de la Loi 65 et qu'il déclencha une véritable bataille entre les professionnels de différentes disciplines, bataille dont nous ne sommes pas encore sortis.

Durant les quelque trois ans de fonctionnement du Comité provincial de la psychiatrie, le C.S.M.Q. s'est pour ainsi dire totalement désintéressé du champ proprement organisationnel et politique qui avait été le sien de 1971 à 1977 pour se concentrer de façon quasi exclusive sur certains problèmes juridiques; les Avis produits entre 1978 et 1980 portent en effet à peu près tous sur divers aspects de la Loi pour la protection du malade mental, fournissant des éléments qui auraient pu contribuer à enclencher la réforme légale que nous attendons toujours. Sans minimiser d'aucune façon l'importance des travaux du C.S.M.Q. dans le domaine juridique, il faut noter que les membres du Comité se sont abstenus durant cette période de réagir aux documents pourtant fort importants sur le plan politique produits par le Comité provincial de la psychiatrie. Alors que le C.S.M.Q. s'était attendu avec l'arrivée du ministre Lazure à jouer un rôle important sur le plan de l'orientation des politiques, il semble avoir été de fait confiné par la volonté même du ministère à une fonction relativement limitée. Un rapide examen de sa composition éminemment

pluri-disciplinaire laisse pourtant penser que ce Comité était alors mieux que tout autre en mesure de traduire les principes de la Loi 65 dans le champ de la santé mentale. Le C.S.M.Q. était en effet en 1979 composé de 4 psychiatres, d'un psychologue, d'une infirmière, d'une travailleuse sociale, d'un psycho-éducateur, d'un administrateur et d'un sociologue; en un mot, le Comité était à l'image des équipes impliquées dans les services de psychiatrie et par le fait même sans doute le mieux placé pour donner d'utiles avis au ministre et à ses fonctionnaires.

Le M.A.S. ne pouvait rester indifférent aux critiques nombreuses que suscitèrent les orientations du Comité provincial de la psychiatrie non seulement dans les corporations professionnelles mais aussi dans la presse, et c'est sans doute pour cette raison qu'on remplaça ce Comité par le Service des Programmes en Santé Mentale (S.P.S.M.). Le mandat confié à ce service fut à peu près identique à celui du Comité intraministériel qu'il remplaçait, mais l'accent était cette fois mis sur la santé mentale, répercutant dans les structures mêmes du Ministère les préoccupations du partenaire externe qu'était le C.S.M.Q. On aurait pu penser que ce petit service dirigé entre septembre 1979 et 1983 par le docteur A. Amyot qui n'y travaillait qu'à demi-temps allait s'appuyer essentiellement sur le C.S.M.Q. et sur divers autres services du M.A.S. pour commander des études et pour obtenir des avis sur les points problématiques; une des variables importantes qui explique la productivité élevée du Service dirigé par le docteur Amyot est à chercher du côté du leadership et du dynamisme assumé au sein du Ministère par la Direction des politiques de santé. Grâce à l'esprit d'initiative et à l'énergie indomptable de Paul Lamarche qui est alors à la tête de cette Direction, le projet d'élaborer une «politique québécoise de santé mentale» est sérieusement envisagé et ce dans toutes ses dimensions, les partenaires à impliquer dans ce processus, les éléments à faire figurer dans une telle politique et les étapes d'un échéancier.

Cette présence d'une structure forte préoccupée au sein du Ministère par le projet d'une politique en santé mentale a considérablement favorisé le travail non seulement du Service des Programmes en Santé Mentale du docteur Amyot mais également celui qui fut entrepris vigoureusement par le

C.S.M.Q. à compter de 1982. Le S.P.S.M. dirigé par le docteur Amyot était en effet principalement chargé des questions de planification et d'organisation des services et c'est dans cet espace qu'il déploya son activité: il s'efforça d'harmoniser les orientations des diverses commissions administratives régionales sur les services psychiatriques, il maintint des contacts suivis avec les institutions de services telles les C.H. et C.S.S., il chercha à promouvoir une organisation rationnelle des services de santé mentale en inscrivant ces services dans le réseau pyramidal de nos institutions et tout cela fut fait sans que le docteur Amyot ne s'interdise de prêcher les vertus de la sectorisation.

Pendant que le S.P.S.M. veillait au grain sur le terrain en s'assurant que l'organisation des services de santé mentale se développait selon un modèle relativement cohérent sur l'ensemble du territoire québécois, le C.S.M.Q. fut en quelque sorte libéré pour s'occuper des questions plus théoriques reliées à l'élaboration même de la politique en santé mentale. Le dynamisme de la Direction des politiques de santé permit en effet au C.S.M.Q. d'inventer une nouvelle articulation sur une structure centrale du Ministère, permettant ainsi au C.S.M.Q. de jouer mieux que jamais auparavant son véritable rôle consultatif auprès du M.A.S. Les sujets des Avis publiés en 1980 et 1983, bien qu'ils concernent des problèmes importants, ne rendent que partiellement compte de l'implication du C.S.M.Q. durant ces mêmes années dans la phase préliminaire du projet de développement d'une politique de santé mentale pour le Québec. Le C.S.M.Q. qui terminait alors son 8^{ème} cycle de production publia durant cette période des Avis sur la stérilisation des déficients mentaux (mars 1980), sur un programme d'éducation populaire en santé mentale (juillet 1981), sur l'impact des garderies sur les jeunes enfants (1983), sur les enfants placés (1983) ainsi que sur des problèmes spécifiques comme l'autisme (1983), la prévention du suicide (1983) et l'alcoolisme.

Parallèlement à cette production d'Avis, le C.S.M.Q. était impliqué en tant que partenaire majeur dans le mouvement orchestré par le M.A.S. depuis 1981 pour élaborer une politique de santé mentale. Dès la fin de 1981, il ressort des discussions entre le sous-ministre adjoint aux programmes de santé, monsieur Cantin, le président du C.S.M.Q. (G. Harnois) et le chef du S.P.S.M. (A.

Amyot) qu'il y a «un grand besoin» au Québec d'une politique organique en santé mentale. Immédiatement après cette concertation, le Directeur des politiques de santé (P. Lamarche) prend le processus en main en indiquant comment il pourrait se dérouler: nécessité de créer une structure légère de 3-4 personnes pour diriger le processus, importance de faire participer divers partenaires dont le C.S.M.Q. à l'exécution de mandats spécifiques, nécessité absolue d'avoir des informations valides sur l'ampleur des problèmes de santé mentale au Québec ainsi que sur les diverses approches philosophiques de l'organisation des services, et enfin nécessité de se donner un échéancier de quelque cinq ans.

Le mouvement d'élaboration d'une politique est alors amorcé et dès le mois de mai 1982, la Direction des politiques de santé diffuse un texte intitulé: «Projet de politique de santé mentale au Québec» qui programme en quelque sorte tout le processus qui va suivre. Il y est proposé d'entreprendre des activités dans trois domaines: celui des besoins de la population en services de psychiatrie et de santé mentale, besoins qui ne pourront être appréciés valablement qu'à travers la réalisation d'une étude épidémiologique à l'échelle du Québec; celui de l'organisation des services et de l'efficacité des interventions en psychiatrie et santé mentale qu'il importe d'examiner sur la base de la situation dans d'autres pays, et enfin celui des ressources présentement disponibles dont il convient de faire l'inventaire en précisant la manière dont ces ressources sont utilisées. Le processus est clair: il faut partir des besoins et se demander si nos ressources conviennent, tout en s'interrogeant sur l'efficacité de nos interventions et en examinant ce que font les autres pays.

Pour bien signifier que l'élaboration d'une politique en santé mentale ne peut se faire que sur la base d'informations substantielles sur divers sujets, des mandats précis sont confiés à plusieurs institutions ou services: l'enquête épidémiologique en santé mentale est sous la responsabilité du Service des Études épidémiologiques du M.A.S. tout en impliquant divers partenaires avec au premier plan le Centre de recherche du Centre Hospitalier Douglas; le C.M.S.Q. est chargé de proposer une définition du champ de la santé mentale, de présenter les caractéristiques des politiques dans d'autres pays et de discuter la problématique de l'efficacité des

interventions; et comme il convient, il appartient à des services internes du M.A.S. de voir à l'inventaire et l'organisation des ressources en santé mentale au Québec. Dans la pensée de Paul Lamarche, la collecte des informations et la production des documents sur les sujets cités apparaissent comme une étape préliminaire qui devrait rendre possible une réflexion susceptible de conduire à une politique de santé mentale adaptée à la situation québécoise.

C'est dans cet esprit que le Ministre des Affaires sociales confie officiellement au C.S.M.Q. en juin 1982 le mandat de réaliser des documents sur des sujets qui sont tous explicitement reliés au projet d'élaboration d'une politique en santé mentale. Il s'agissait là en fait d'une simple officialisation des ententes qui avaient déjà été convenues avec les instances compétentes du Ministère. Le C.S.M.Q. était donc en meilleure position que jamais pour initier son IXe cycle de production d'Avis.

Vers une politique de santé mentale au Québec (1983-1986)

Il ne restait plus qu'à mettre en place une structure de coordination chargée d'animer et d'accompagner le processus d'élaboration de la politique; ce fut fait par le successeur de Paul Lamarche à la Direction des politiques de santé au cours de l'année 1983 et cette structure de coordination qui prit le nom de «Comité sur la politique de santé mentale» tint sa première réunion le 7 novembre 1983. Ce Comité avait du pain sur la planche puisqu'il devait s'assurer que tous les documents nécessaires à la fabrication de la politique allaient effectivement être mis au point dans les délais prévus. Au fil de ses réunions qui mirent en évidence les difficultés nombreuses inhérentes à la concertation entre des partenaires multiples et aux contraintes administratives imposées par les problèmes à solutionner quotidiennement au M.A.S., le Comité a décidé en mai 1984 qu'il était essentiel de mettre au point aussitôt que possible un plan d'action québécois en santé mentale; avec cette décision qui semble avoir été prise avec l'intention d'aller plus vite, on s'éloignait du processus d'élaboration sur lequel on s'était entendu et qui impliquait la réalisation d'étapes successives avant de parler véritablement de l'élaboration d'une politique. On court-circuita encore davantage la logique de l'échéancier lorsque le Ministre des Affai-

res sociales demanda vers la fin de 1984 qu'on lui remette dès le printemps 1985 un projet de politique en santé mentale.

On pourrait se demander ce qu'il faut entendre par «plan d'action en santé mentale», plan que le Comité sur la politique de santé mentale avait demandé de produire à l'été 1984. Ce sont des fonctionnaires du M.A.S., sans aucun doute associés à l'ancien Service dirigé par le docteur Amyot et qui avait été rebaptisé du nom de Service d'organisation en santé mentale en janvier 1983, qui se chargèrent de la préparation de ce document. Il est important de se rappeler que ce service dirigé par madame M. Plante avait pour fonction de «participer à l'organisation des services socio-sanitaires relevant de la responsabilité du M.A.S. et plus particulièrement de celle de la Direction générale de la santé». Ne possédant pas encore les résultats de l'enquête épidémiologique en santé mentale et ne pouvant s'appuyer sur le contenu des cinq avis du C.S.M.Q. qui étaient encore en cours de réalisation, les rédacteurs du «plan d'action» semblent s'être principalement intéressés à l'organisation des ressources et à la coordination des services. Il m'apparaît tout à fait normal qu'un Service d'organisation en santé mentale ait de fait produit un document qui se centre essentiellement sur des problèmes organisationnels du réseau des services en santé mentale. Le problème me semble en effet se situer moins dans le contenu de ce document qui pourrait dans un autre contexte être évalué à sa juste valeur et davantage dans le fait qu'on demandait à un service particulier de rédiger un texte global devant servir à une consultation auprès des professionnels de la santé mentale et de la population en général. Personne n'avait alors en main les éléments permettant de rédiger un document de valeur qui puisse envisager tous les problèmes au sein d'une problématique définie et servir par le fait même à lancer le débat public dans la bonne direction.

Les importantes restrictions que les membres du Comité sur la politique de santé mentale exprimèrent au cours de 1985 devant les limites des deux essais successifs intitulés: *«Pour une réflexion sur la santé mentale; La santé mentale, à nous de décider»* visent de fait moins le contenu du document que sa non-spécificité par rapport à une consultation publique. Les critiques sont même sévères et assez étrangement, ce sont précisément ces com-

mentaires sur une version préliminaire des documents qui semblent avoir signé l'arrêt de mort du Comité sur la politique de santé mentale, lequel n'a tenu aucune réunion après février 1985. J'attribue pour ma part ces difficultés signalées dans la concertation entre les partenaires chargés de produire les différents documents à une compréhension différente du processus même d'élaboration de la politique: pour des membres du Comité de coordination sur la politique de santé mentale, il était clair que les divers éléments d'une politique à inclure dans un document de consultation devaient nécessairement s'articuler sur les travaux préliminaires de préparation de la politique; pour les auteurs du document de consultation, il apparaissait possible de susciter un débat fondamental dans la population en lui présentant différents scénarios d'organisation des services de première ligne et spécialisés, dans la mesure où ces scénarios étaient présentés comme renvoyant implicitement à diverses approches théoriques en matière de politique de santé mentale.

Quelle que soit l'évaluation objective qu'un scientifique indépendant pourrait faire du document final du M.A.S. que les auteurs présentent comme «constituant» une synthèse des grandes problématiques actuelles, des questions qu'elles soulèvent, des solutions possibles et des choix de société inhérents à celle-ci» (M.A.S. 1985, 5), il est en tout cas certain que la planification prévue par P. Lamarche dès 1982 n'a pas été respectée et qu'on a inutilement, et sans doute pour des raisons d'ordre idéologique et politique, cherché à aller trop vite. Il serait urgent qu'on assigne à ces documents du M.A.S. leur véritable place qui se situe du côté de la présentation des possibilités organisationnelles des ressources et services; ces documents m'apparaissent manifestement incomplets lorsqu'on les analyse du point de vue des éléments que devrait contenir une politique globale de santé mentale.

Sans entrer dans les détails, il me semble important de dire quelques mots du contenu de ces documents du M.A.S. qui répercutent en fait des priorités gouvernementales déjà connues à travers diverses décisions ou déclarations publiques: le maintien des personnes dans le milieu, la promotion de la santé mentale, la multidisciplinarité des approches, l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des interventions, la participation des person-

nes et des communautés à tous les paliers d'action,... Tout en mettant parfois de l'avant des hypothèses diverses pour mieux adapter les services aux besoins, les auteurs optent explicitement en faveur d'un système de santé mentale orienté prioritairement vers la prévention et le maintien à domicile; les thèmes qui reviennent constamment dans les deux documents sont ceux de désinstitutionnalisation, de développement d'un réseau de première ligne intégré à l'ensemble, de ressources alternatives et intermédiaires, de travail en équipe multidisciplinaire, etc. L'option proposée à la population à consulter et aux professionnels apparaît donc avec netteté et il n'y a pas de doute que c'est à une révision fondamentale des pratiques et institutions qu'on invite tout le monde à réfléchir. Le discours n'est peut-être pas complet mais il est tellement net qu'il suscite d'emblée des débats.

Pendant que le débat piétinait autour de problèmes méthodologiques associés à la réalisation de l'enquête épidémiologique provinciale en santé mentale et que le M.A.S. nous proposait des documents pour réfléchir, les divers groupes de travail du C.S.M.Q. qui s'étaient attelés en 1983 à la réalisation des documents sur les cinq sujets proposés par le Ministre, furent prêts à faire connaître publiquement leurs positions. Les Avis qui étaient impatiemment attendus sortirent successivement au cours de l'année 1985: d'abord un texte sur la notion de santé mentale intitulé *La santé mentale De la biologie à la culture* (3e trimestre), puis quatre volumes sur l'efficacité des interventions en santé mentale parus sous le titre général de *La santé mentale: prévenir, traiter et réadapter efficacement* (3e trimestre), de même, un important document *La santé mentale des enfants et des adolescents — vers une approche plus globale* (3e trimestre), et enfin l'Avis sur les ressources alternatives qui a été publié sous le titre de *La santé mentale — rôles et place des ressources alternatives*. Diverses contraintes avaient retardé la publication d'un document d'importance majeure pour la politique québécoise en santé mentale, celui présentant les services de santé mentale en France, en Grande-Bretagne, en Italie et aux États-Unis; ce volumineux texte paraîtra en juin 1986 sous le titre de *Sortir de l'asile? Des politiques et des pratiques en pays étrangers*.

Il semble donc que l'on ait maintenant en main une bonne partie des documents préliminaires abso-

lument indispensables à la mise au point de la politique; des données épidémiologiques à l'échelle du Québec manquent encore mais on possède néanmoins des résultats partiels, et dans le cas de l'inventaire des ressources et services, celui-ci pourrait sans doute être rapidement mis au point par les services du M.A.S. Rien ne semble donc interdire de passer à la phase 2 qui consisterait à produire un document de synthèse sur la base duquel des discussions pourraient être conduites dans les différents milieux concernés par les problèmes de santé mentale. Ce lieu de concertation qui devrait jouer un rôle capital à ce moment-ci manque dramatiquement puisque le Comité sur la politique de santé mentale ne se réunit plus depuis plus d'un an. Il est donc urgent qu'une structure de relais soit mise en place afin de nous permettre de franchir les dernières étapes qui nous séparent de la mise au point d'une politique en santé mentale. Il serait regrettable qu'on abandonne le cheminement si près du but ou encore qu'on laisse aux seuls fonctionnaires le soin de préparer les documents de la politique en santé mentale. Plusieurs modalités sont possibles et il appartient sans doute maintenant au principal artisan des étapes antérieures, le Comité de la santé mentale du Québec, de jouer un rôle central dans la mise au point de cette structure de concertation dont on a absolument besoin pour pouvoir finaliser le processus amorcé. Cette politique dont on remet de mois en mois la publication est loin d'être prête et même dans la meilleure des hypothèses, on ne peut prévoir sa sortie officielle avant la fin de l'automne 87.

Pour franchir les dernières étapes, plusieurs voies s'ouvrent et toutes sont bonnes pourvu qu'on chemine dans la direction prévue. Il est déjà trop tard pour établir des liens organiques avec la Commission Rochon qui terminera à l'été 1986 sa consultation itinérante à travers le Québec; il est heureux cependant, que les populations et les groupes de citoyens n'ont pas interprété de façon restrictive le mandat de cette Commission et que de nombreux mémoires reliés à la santé mentale ont été du fait déposés. On peut légitimement penser que cette procédure a servi de consultation auprès des populations et qu'il n'est pas nécessaire de refaire l'exercice pour le seul domaine de la santé mentale. Il appartiendra plutôt à quelques personnes réunies en un groupe de travail de rédiger un projet de poli-

tique en intégrant également le contenu des mémoires déposés devant la Commission. Ce projet préliminaire pourrait être rédigé à l'automne 1986 au même moment où les Commissaires de la Commission Rochon produiront leur premier document de synthèse. Après des consultations diverses sur ce projet et sa finalisation, il serait possible de prévoir pour l'hiver et le printemps 1987 une Commission parlementaire qui fournirait une dernière tribune d'expression moins onéreuse qu'une vaste consultation populaire. Compte tenu des délais toujours possibles, il est vraisemblable d'imaginer que la politique pourrait être officiellement dévoilée par madame la ministre Lavoie-Roux à l'automne 1987. Le cheminement qui est ici proposé est dans les faits très près de la stratégie que privilégient les responsables du Comité de la santé mentale du Québec.

Avant de conclure cette section par une référence à la position fort inconfortable que le nouveau gouvernement est en train d'assigner aux comités et conseils consultatifs de même nature que le C.S.M.Q., je crois utile de commenter globalement le contenu des cinq Avis produits depuis 1985 par le C.S.M.Q. Ils constituent à eux seuls un phénomène inédit dans la réflexion menée à date au Québec dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale; c'est le caractère systématique, nuancé et complémentaire des divers documents qui frappe au premier abord. En mettant neuf volumes totalisant plus de 1 500 pages à la disposition de toutes les personnes intéressées à la santé mentale et à travers les recommandations qui concluent chacun des Avis, le C.S.M.Q. balise déjà de façon claire le domaine de la psychiatrie-santé mentale et identifie les éléments centraux d'une possible politique québécoise dans ce domaine.

Dans le but d'aider à traduire en termes de planification les données et les réflexions présentées dans les cinq Avis, le secrétariat du C.S.M.Q. a également élaboré un document de synthèse facilitant l'utilisation et la consultation des rapports du C.S.M.Q. (Secrétariat du C.S.M.Q., 1985). Le souci de collaborer avec les instances décisionnelles du Ministère est clairement explicité dans l'avant-propos: «Toute l'information contenue dans le présent document a été extraite exclusivement de la plupart de ces Avis et reformulée de façon à faciliter aux planificateurs l'acheminement vers une prise de décision dans des dossiers de santé men-

tales concernant autant les adultes que les enfants et les adolescents» (Secrétariat du C.S.M.Q., 1985, 1). Tout en puisant principalement dans les cinq derniers Avis, la synthèse s'alimente aussi à quelques autres textes majeurs du C.S.M.Q.; les données et l'argumentation de ces documents sont reformulées d'une façon pragmatique susceptible de soutenir les réflexions des responsables politiques dans leur marche vers les prises de décision. Rédigé de manière didactique, le document-synthèse consacre sa première partie à une description de la situation des adultes et des jeunes du point de vue des problèmes de santé mentale, mettant ces problèmes et besoins en relation non seulement avec la forme des services offerts par le réseau, mais aussi avec la diversité des interventions fournies par les différentes catégories de professionnels. La section centrale du document reprend dans ses grandes lignes l'argumentation présentée dans l'Avis sur la notion de santé mentale en se référant à la distinction qui y est faite entre psychiatrie et santé mentale dans le contexte d'une approche multidimensionnelle (biologique, psychologique et socio-culturelle). La dernière partie consacrée explicitement à la prise de décision présente des principes généraux, des orientations et des objectifs qui pourraient servir de base à la rédaction d'une politique en santé mentale; sans entrer pour le moment dans les détails, on peut dire que la politique suggérée s'articule autour de trois idées principales: 1. la modification des attitudes d'intervention des professionnels qui devront apprendre à travailler en collaboration avec les groupes du milieu et les communautés; 2. la nécessité de développer des programmes et des services concertés à trois échelons, celui de la société, celui des interventions professionnelles et celui des interventions non professionnelles; et 3. la distinction entre les actions orientées vers le noyau dur des problèmes psychiatriques et celles qui concernent l'aura plus large de la santé mentale.

Cette longue section d'allure historique a été dédiée à l'analyse des rapports que le C.S.M.Q. a entretenus au fil des années avec les services internes du ministère ainsi qu'avec les autres partenaires qui sont impliqués depuis 1982 dans l'élaboration de la politique. Il ressort de cette analyse que cette structure extraministérielle qui réunit des spécialistes de la santé mentale appartenant à diverses disciplines et orientations théoriques

est plus efficace précisément au moment où il existe au sein du ministère une structure interne forte capable en quelque sorte de métaboliser le contenu de ses Avis et de le traduire en planification ou encore en politique comme c'est le cas maintenant. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, l'affirmation qu'il doive exister un partenaire intraministériel fort pour que le C.S.M.Q. soit en mesure de remplir son mandat ne signifie pas qu'il faille abandonner tout le pouvoir de décision en matière de politique et de planification aux seules instances gouvernementales. Ce serait alors donner trop de pouvoir aux fonctionnaires qui seraient appelés à se prononcer sur de nombreux sujets sans que les études nécessaires aient été faites et sans qu'on ait suffisamment consulté. Si on abolissait le C.S.M.Q. comme le suggère le rapport du Comité des sages que préside monsieur Gobeil et dont font exclusivement partie des banquiers et des hommes d'affaires, on aboutirait vite, soit au renforcement de la technocratie que le Québec a connu durant la Révolution tranquille soit au développement à l'intérieur même des ministères de services internes de recherche et de consultation. Face à l'une et l'autre possibilité, il faut préférer les comités comme le C.S.M.Q. qui permettent un meilleur exercice de la démocratie.

ENTRE L'UTOPIE ET LA RÉALITÉ

Au Québec comme dans plusieurs autres parties du monde, on semble vouloir repenser radicalement l'approche des problèmes de santé mentale et des politiques à leur appliquer en référence à deux attitudes de fond: une première qui privilégie le traitement dans des espaces qui sont les plus près possible de la vie des personnes et qui par le fait même implique davantage les ressources du milieu communautaire, et une seconde qui favorise la complémentarité entre les interventions des différents professionnels au sein d'une approche construite à partir des spécificités de chacun. Ce sont là deux perspectives de fond qu'on retrouve dans les documents du C.S.M.Q. et du M.A.S. dont je viens de parler et qui y sont présentées, du moins dans les Avis du C.S.M.Q., du point de vue des difficultés qu'on rencontre chaque fois qu'on veut les mettre en oeuvre.

Dans cette dernière partie, je me tourne vers la culture québécoise en m'interrogeant sur les con-

ditions susceptibles de permettre l'actualisation de cette nouvelle philosophie face aux problèmes de santé mentale. À quelles conditions notre culture des professions avec ce qu'elle implique de socialisation disciplinaire durant la formation et d'identité corporatiste dans l'organisation du travail peut-elle se transformer de façon à intégrer non seulement l'ouverture multidisciplinaire mais aussi la capacité réelle de travailler en équipe? Et le rôle central qu'on désire faire jouer aux communautés et aux ressources du milieu est-il conciliable avec le désengagement social qui semble caractériser une majorité de nos concitoyens, ainsi qu'avec les attitudes négatives qu'on entretient encore face aux problèmes de santé mentale dans la population.

Mon intention n'est pas de mettre en doute la validité des deux orientations qu'on veut mettre à la base de la nouvelle politique mais bien plutôt de montrer qu'on ne crée pas du jour au lendemain une politique de la responsabilité sociale dans les populations, et qu'on ne transforme pas facilement quelqu'un qu'on a formé comme spécialiste en un collaborateur ouvert à l'approche globale. Une politique qui ignorerait ce contexte humain et social se condamnerait fatalement à l'échec.

Unidisciplinarité ou travail d'équipe?

En affirmant d'une façon explicite que tout problème de psychiatrie et de santé mentale ne peut être pleinement interprété que s'il est situé à l'intérieur d'un cadre tridimensionnel qui reconnaît d'emblée ses composantes biologiques, psychologiques et socio-culturelles, le C.S.M.Q. a fourni un instrument conceptuel susceptible de reposer en des termes nouveaux la question des rapports entre les diverses catégories de professionnels impliquées dans les services de santé mentale. En faisant de son Avis sur la notion de santé mentale la pièce-maîtresse de toute la réflexion exprimée dans les cinq derniers Avis, les membres du Comité veulent laisser entendre qu'on ne peut penser les problèmes de la multidisciplinarité dans les interventions et même celui de la désinstitutionnalisation et de la participation de la communauté en-dehors d'une réflexion préalable fondamentale sur ce que sont les processus pathologiques et normaux de la vie mentale.

Ils réaffirment à ce sujet la nécessité de tenir en

même temps et de façon complémentaire les droits de la disjonction et ceux de la conjonction entre les trois dimensions; ils considèrent en effet légitime une approche qui se situerait en priorité à un seul des trois niveaux identifiés tout en reconnaissant cependant la nécessité d'une interaction entre les approches biologique, psychologique et sociale dans le but de développer une intervention véritablement intégrée. Les auteurs de cet Avis ont tenu à commencer par signaler clairement qu'il existe une différence spécifique entre les trois niveaux avant de parler de leur intégration au sein d'un ensemble tridimensionnel; ils se sont même attardés à essayer de préciser les points d'ancrage et d'articulation qui relient l'une à l'autre, chacune des trois dimensions. En un mot, ils ont tracé une voie vers l'approche globale en passant par le nécessaire détour non seulement de l'affirmation de la légitimité de l'approche unidimensionnelle mais aussi en insistant sur les points de contact et de conflit qui surgissent inmanquablement d'une intervention multidimensionnelle. La longue réflexion théorique fournie dans *La santé mentale. De la biologie à la culture* a pour but de faire entendre aux planificateurs que la promotion de la multidisciplinarité ne surgira pas spontanément d'une réorganisation purement administrative, ni même de la transformation des lois et règlements relatifs aux corporations professionnelles; avant de se poser en des termes techniques de gestion administrative, l'intervention en équipe multidisciplinaire apparaît être un problème de personnes qui ont été socialisées à une forme particulière d'interprétation des problèmes de santé mentale et qui se sont progressivement identifiées à une discipline bien spécifique occupant un espace corporatif également bien délimité. Le C.S.M.Q. invite donc les planificateurs à prendre conscience du fait que la multidisciplinarité des équipes de santé mentale ne s'impose pas par décret et qu'elle ne pourra advenir que comme un sous-produit d'une modification radicale de la formation des professionnels de la santé mentale.

L'avis se limite à laisser entendre que chacune des disciplines scientifiques devra maintenir son identité car il ne s'agit pas que chacun des intervenants commence à faire n'importe quoi en s'octroyant en quelque sorte des compétences dans des secteurs ou des domaines qu'il maîtrise mal. Cette réaffirmation de l'identité disciplinaire est

cependant assortie de la nécessité pour chacun d'une capacité d'ouverture à la spécificité des autres disciplines; les points d'attache entre les dimensions du modèle tri-dimensionnel mis de l'avant dans l'Avis doivent en quelque sorte être retraduits au niveau des pratiques d'intervention en équipe. Cette ouverture aux autres disciplines ne constitue pas une simple affaire de préférence personnelle qui pourrait varier selon les individus mais elle doit s'inscrire dans une structure qui établit une plus ou moins grande proximité ou parenté entre l'une ou l'autre des disciplines représentées dans les équipes de santé mentale. Aussi longtemps qu'on n'aura pas repensé les rapports entre les professions sur l'arrière-fond d'une définition globale des problèmes de santé mentale, on sera dans l'impossibilité d'assigner à chacune des disciplines sa place véritable au sein d'une intervention de type convergent. Si on refuse de passer par ce détour conceptuel, on se condamne à reproduire encore longtemps les querelles de pouvoir professionnel qui déchirent présentement bien des équipes d'intervention en santé mentale.

Lorsque les auteurs de l'Avis affirment que le «noyau dur» de la santé mentale où l'on se préoccupe des problèmes psychiatriques lourds «demeure toujours le champ prioritaire de la psychiatrie qui garde en ce domaine une compétence et une responsabilité non pas exclusives mais certainement majeures» (C.S.M.Q. 1985, 140), ils n'entendent pas promouvoir la dominance des psychiatres sur l'ensemble de l'équipe d'intervenants mais simplement délimiter le champ spécifique de compétence qui caractérise la psychiatrie comme science. Une telle approche n'interdit nullement de parler en même temps de la nécessaire dépsychiatriation du processus de prise en charge et de l'autonomie des autres professionnels paramédicaux par rapport au champ d'expertise qui est le leur. Les psychiatres ne sont pas de par leur statut professionnel les responsables ultimes de l'ensemble des interventions, ce qui les amènerait à exercer une surveillance sur les autres professionnels mais ils sont membres d'une équipe qui intervient dans de multiples directions et qui peut à ce titre être dirigée par l'un ou l'autre des professionnels. Ce n'est pas parce que les frontières qui séparent les disciplines entre elles deviennent plus poreuses qu'il ne faut plus réaffirmer l'identité disciplinaire.

L'ouverture multidisciplinaire semble présentement favorisée par les nouveaux programmes de formation universitaire qui ont tendance à être moins spécialisés qu'autrefois et qui visent à former un peu plus les qualités de généraliste dans l'étudiant; il s'agit d'une tendance qui aurait d'autant plus besoin d'être renforcée que les premiers opposants à ces ouvertures sont souvent les professeurs et les étudiants eux-mêmes. C'est à ce niveau primordial que se fait l'identification disciplinaire et on ne peut que faiblement espérer que la formation continue ou en cours d'emploi viennent radicalement inverser ce donné initial. La multidisciplinarité est de plus grandement desservie par l'attitude éminemment corporatiste de l'ensemble des professions du Québec, attitude qui a été favorisée non seulement par notre forme de syndicalisme mais aussi par le Code des professions et des lois telles que la Loi 250. De plus, sur le plan légal, on maintient une contradiction tout au moins apparente qu'il faudra lever pour le mieux-être des rapports inter-professions, entre d'une part l'esprit général de la Loi 65 qui met de l'avant une approche intégrée du médical, du social et du communautaire et, d'autre part le contenu de certains chapitres particuliers comme le chapitre 48 qui réaffirme la responsabilité explicite du médecin dans certains contextes. En réalité, il s'agit bien là, de mon point de vue, d'une apparente contradiction qui doit être comprise en référence à ce que j'ai écrit sur la spécificité disciplinaire au sein de la complémentarité. Bien que j'adopte cette interprétation, je maintiens néanmoins qu'il est urgent qu'on précise les lois et règlements afin de faciliter l'exercice de la multidisciplinarité. Il faut être conscient du fait que bien des obstacles s'opposent présentement à la mise en oeuvre d'une politique de promotion de la multidisciplinarité; plus encore il faut faire porter le travail au niveau de ces obstacles qui ne pourront qu'être progressivement levés de façon à créer les conditions minimales d'exercice du véritable travail d'équipe. C'est précisément à l'identification de ces obstacles que j'ai consacré ce paragraphe.

Du rôle des communautés

Un examen approfondi des problèmes que pose la participation des communautés à la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques et leur implication dans le contexte d'une

approche communautaire de la santé mentale exigerait une longue réflexion sociologique et anthropologique sur les caractéristiques de la société québécoise. Les spécialistes des sciences sociales s'interrogent en effet depuis au moins cinquante ans sur l'orientation de fond de la société traditionnelle du Québec, les uns soutenant que la distribution de la population rurale en rangs et villages a favorisé un esprit de solidarité alors que les autres affirment que l'isolement et l'autarcie économique a développé un individualisme radical chez les Québécois. La vérité se situe probablement entre les deux positions mais le fait que l'idéologie dominante des sociétés occidentales d'aujourd'hui met de l'avant l'individualisme ne contribue certainement pas à développer chez les Québécois leur dimension de solidarité et de responsabilisation sociale. Il faut donc être conscient qu'on va peut-être à contre-courant lorsqu'on entreprend de promouvoir la santé ou la psychiatrie communautaire.

Si on ne peut compter sur une véritable participation communautaire dans le champ de la santé, il est cependant permis de penser que notre société est capable de produire certains groupes de nature alternative qui peuvent contribuer substantiellement à la réorganisation des services de santé mentale. L'Avis du C.S.M.Q. sur *les rôles et place des ressources alternatives* (1985) reconnaît d'emblée l'importance et la légitimité de ces ressources; les auteurs proposent de plus une introduction formelle de ces alternatives dans le réseau officiel des services. Bien qu'on puisse discuter le détail de certaines propositions relatives à des points complexes comme le financement ou la typologie des groupements alternatifs, l'orientation de cet Avis va dans un sens radicalement nouveau par rapport à ce qui s'est fait jusqu'à aujourd'hui en reconnaissant les avantages qu'il y aurait à travailler en concertation avec les ressources du milieu. Je partage ce point de vue mais je me pose de nouveau ici la difficile question de savoir si la société québécoise est capable de générer suffisamment de groupes alternatifs pour qu'on en arrive à déplacer le centre de gravité du système de services socio-sanitaire dans le sens d'une véritable prise en charge des problèmes par les communautés. Indépendamment du fait que certaines catégories de problèmes ne pourront que très difficilement être prises en charge par des non-professionnels, je pense important de souligner mon

inquiétude face au petit nombre de groupes alternatifs qui me semblent exister au Québec. La concertation qui a conduit récemment à la formation du Regroupement des ressources alternatives du Québec servira peut-être de levain qui favorisera l'apparition de nouveaux groupes comme ce fut le cas durant la période particulièrement féconde des années 60. Mon interrogation ne porte pas sur la qualité et le dynamisme des quelques groupes alternatifs qu'on trouve aujourd'hui engagés dans l'action pour que se développe une autre approche de la santé mentale, mais bien plutôt sur les caractéristiques de notre société qui font en sorte qu'elle produit peu de mouvements ou organismes alternatifs.

Sans élaborer longuement sur ce point qui est pourtant fondamental, je pense important de rappeler que seules les sociétés qui possèdent les trois caractéristiques suivantes sont génératrices de groupes alternatifs qui compétitionnent vraiment avec les structures officielles. Il faut d'abord que la société soit idéologiquement polarisée et qu'on y débâte des avantages que présentent divers projets sociaux; il importe de plus qu'on soit dans une société dans laquelle le gouvernement favorise une véritable idéologie de participation de la part de la population, et enfin il doit exister une tradition d'implication sociale au sein de la société dans laquelle on compte voir se développer des structures alternatives. Ces trois conditions ne me semblent que très imparfaitement réalisées dans le cas du Québec et pour cette raison, il m'apparaît urgent de travailler à modifier le contexte afin que se développent à moyen terme de plus en plus de groupements alternatifs. On peut s'interroger comme le font les auteurs de l'Avis sur les formes d'articulation des ressources alternatives par rapport au réseau formel de services, mais à la condition de ne pas oublier de parler des conditions susceptibles de favoriser le développement d'un mouvement alternatif plus fort qui apportera son originalité et son esprit critique au sein ou en marge du système socio-sanitaire.

Sur ce point précis de la position qu'il convient de souhaiter pour le mouvement alternatif dans ses rapports avec le réseau officiel de services, j'avoue préférer les voir s'inscrire directement à la marge ou dans la périphérie afin qu'ils puissent maintenir plus facilement leur propre identité et leur diffé-

rence. Toute intégration risque en effet de se traduire rapidement en une perte grave d'identité de la part des mouvements alternatifs comme l'histoire est là pour le démontrer. Il ne faudrait pas se méprendre sur le sens que peut revêtir cette position des groupes alternatifs à la marge du système officiel; l'espace à occuper est dit marginal ou périphérique uniquement parce qu'on situe les groupes vis-à-vis de la structure dominante et centrale des services officiels et aucun jugement de valeur n'est posé sur la qualité des uns et des autres. Le type de bureaucratie centralisatrice qu'on pratique au Québec a empêché les auteurs de cet Avis dédié aux ressources alternatives de proposer une espèce d'anarchie organisée qui aurait pu respecter l'identité différente des ressources alternatives. Ce n'est certainement pas parce qu'on demande aux C.R.S.S.S. d'être les maîtres-d'oeuvre dans l'utilisation des ressources alternatives qu'on échappe à l'implacable logique administrative; l'Avis reconnaît certes la légitimité de l'action des ressources alternatives mais il le fait en les obligeant à payer un prix tellement élevé qu'il aurait sans doute été préférable de les ignorer. La logique administrative va directement contre la logique des mouvements alternatifs populaires qui apparaissent, se modifient et meurent sans qu'il soit possible de leur imposer d'emblée la rigidité qui a cours dans l'administration. Je suis convaincu que les groupes alternatifs contribueraient beaucoup plus à la promotion de la santé mentale si on les laissait se développer sur la base de leurs caractéristiques propres sans essayer de les introduire dans le système par la bande; je ne dis pas qu'il faille les ignorer au point de ne pas les financer mais je maintiens que le financement ne devrait en aucun cas être lié à leur articulation sur le réseau officiel.

Il serait aussi important de discuter en terminant du problème plus large que posent les pratiques administratives courantes relativement à la participation des citoyens dans les instances où ils sont invités à être présents. Plusieurs études ont démontré par exemple le faible taux de représentation des couches populaires sur les conseils d'administration des institutions de santé. Il est certainement possible de corriger quelque peu cette situation sans changer substantiellement les paramètres du système actuel; il m'apparaît cependant qu'on ne pourra jamais compter sur les populations comme des par-

tenaires importants si on refuse de mettre de l'avant une véritable idéologie de participation communautaire. Comme je suis prêt à reconnaître avec les autres spécialistes des sciences sociales que le moment serait plutôt mal choisi pour initier un tel processus de communautarisation, je voudrais en même temps inviter les planificateurs à ne pas se gargariser de mots et à croire qu'on peut faire du communautaire en santé quand tout le reste de l'idéologie cherche à promouvoir l'individualisme et la compétition.

En se limitant dans cette troisième partie à donner mon point de vue général sur deux sujets, j'ai été amené à négliger le contenu des trois autres Avis publiés par le C.S.M.Q. Ces trois textes touchent des points centraux à prendre en considération dans toute élaboration politique et il serait d'autant plus intéressant qu'on en fasse une lecture critique que les auteurs n'ont pas craint de présenter des positions claires sur des sujets fort complexes. Ce ne sera malheureusement pas le lieu de discuter de leurs prises de position.

CONCLUSION: ENTRE L'INCERTITUDE ET LE SCEPTICISME

Je me suis penché dans cet article sur certains problèmes que pose le processus de construction des politiques au Québec, en m'attardant plus spécialement à trois points principaux, celui de la consultation, celui du rapport qu'entretiennent les comités consultatifs et les experts avec les organes décisionnels des ministères, et enfin celui du décalage éventuel entre le contenu des décisions prises et leurs possibilités d'actualisation dans les populations. J'ai montré sur la base de deux exemples comment l'on peut poursuivre des politiques qui ne rencontrent que partiellement les attentes ou les manières de voir prévalentes dans les milieux où elles sont censées s'appliquer.

Je désire en terminant caractériser de façon sommaire le contexte général du Québec sur le plan social et économique puisque c'est finalement dans cet espace du Québec d'aujourd'hui que les politiques de santé mentale devront être actualisées. Deux caractéristiques me semblent présentement colorer de façon spéciale la scène québécoise, le scepticisme et l'incertitude. Le scepticisme a en effet gagné de

larges secteurs de la société québécoise dont le profil social s'est largement modifié au cours des dernières années dans le sens d'une inégalité grandissante entre les groupes sociaux; si on fait le compte des petits salariés, des travailleurs avec emploi précaire, des chômeurs chroniques, des jeunes incapables d'entrer sur le marché du travail, des assistés sociaux de tous âges, des personnes handicapées, des retraités vivant dans les difficultés financières, on constate en effet que cet ensemble de personnes regroupe sans doute près de la moitié de la population du Québec. Or, c'est précisément dans ces groupes humains que les problèmes sont les plus à même de se développer et ce ne sont pas des programmes essentiellement orientés vers la promotion de la santé mentale, fussent-ils les mieux conçus, qui seront en mesure de produire des effets bénéfiques durables. Les programmes de protection du revenu ont eux aussi été incapables de s'adapter aux effets de ce qu'on appelle la «crise socio-économique», se limitant à prolonger ou même dans certains cas à restreindre davantage les mesures mises en place dans un contexte de conjoncture économique de croissance. La période de décroissance que nous vivons élargit considérablement les écarts entre les groupes sociaux et il n'est pas étonnant que la morosité soit le sentiment qui domine chez une majorité de gens.

Mais il y a encore plus que cette morosité. Beaucoup ont en effet perdu leurs certitudes et un climat de scepticisme face à la capacité des pouvoirs publics à résoudre les problèmes sociaux est en train de se répandre dans de nombreux milieux. L'avenir est indéterminé et on ne se représente plus demain comme un jour radieux; il apparaît même peu probable à plusieurs que les États qui ont été incapables de maintenir un partage équitable de la richesse collective au cours des dernières années soient en mesure de concevoir des plans favorables à la majorité des gens. D'autres diront peut-être avec moins de pessimisme que loin d'être stagnation, l'incertitude constitue un état d'esprit qui rend possible les choses nouvelles et la créativité. Il ne reste sans doute qu'à l'espérer.

RÉFÉRENCES

- BOUDREAU, F., 1984, *De l'Asile à la santé Mentale*, Éditions St-Martin, Montréal.
- BULLETIN D'INFORMATION DE LA COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, 1986, 1, 1.
- CAZES, B., 1981, L'État-providence contraint à une double manœuvre, *Futuribles*, 40, janvier.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1972, *Organisation des services de soins psychiatriques*, Éditeur Officiel du Québec.
- CORIN, E., TESSIER, L., SÉGUIN-TREMBLAY, G., BOZZINI, L. et une collaboration de F. GRUNBERG, (sous presse), 1986, *Sortir de l'asile? des politiques et des pratiques en pays étrangers*, Comité de la santé mentale du Québec, Éditeur Officiel du Québec.
- CORIN, E., GRUNBERG, F., SÉGUIN-TREMBLAY, G., TESSIER, L., 1985, *La santé mentale. De la biologie à la culture*, Comité de la santé mentale du Québec, Éditeur Officiel du Québec.
- DYE, R., 1981, *Understanding Public Policy*, Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- DEUTSCHER VEREIN FÜR OFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE, Novembre 1983, *La crise économique de l'État-providence: conséquences et nouvelles approches dans les pays européens*, Frankfurt am-Main.
- KORTON, D.C., 1981, The management of social transformation, *Public Administration Review*, 41, 6.
- HOUE, L., SÉGUIN-TREMBLAY, G., FITZGERALD, M., ROY, M., LAJOIE, M., 1985, *La santé mentale des enfants et des adolescents — vers une approche plus globale*, Comité de la santé mentale du Québec, Éditeur Officiel du Québec.
- LAMONTAGNE, Y., LAVOIE, F., TESSIER, L., 1985, *La santé mentale — prévenir, traiter et réadapter efficacement*, Comité de la santé mentale du Québec, Éditeur Officiel du Québec.
- LAO-TSEU, 1979, *La Voie et sa Vertu* (Tao-tê-King), Seuil, Paris.
- LIZOTTE, C., 1981, *Rétrospective des dix premières années d'activités du Comité la Santé Mentale* (Août 1971 — août 1981), Texte ronéotypé publié par le Secrétariat du C.S.M.Q. et le Ministère des Affaires sociales.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1985, *La santé mentale*, Document 1: *Pour une réflexion sur la santé mentale. À nous de décider*; Document 2: *Proposition d'un plan d'action*, Éditeur Officiel du Québec.
- PAQUET, R., LAVOIE, F., HARNOIS, G., FITZGERALD, M., GOURGUE, C., FONTAINE, N., 1985, *La santé mentale: rôles et place des ressources alternatives*, Comité de la santé mentale du Québec, Éditeur Officiel du Québec.
- PROSPECTIVES ET SANTÉ, 1984, Numéro spécial, *La santé et la crise de l'État-Providence*, 29.
- SECRÉTARIAT DU COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, octobre 1985, *La santé mentale Direction an 2000* (préparé par M. Grenier), Ronéotypé.

SUMMARY

The author describes the different stages in the construction of governmental policies emphasizing specifically the way the policies in mental health are being developed in Quebec. In the first section, he analyses the traps encountered in the people's consultations whether made in the framework of a commission's recommendations or otherwise; more precisely, he discusses the problems met by the members of the commission, as in the case of the Rochon commission, in separating the conflicting interests expressed in the different reports. In the second section he discusses the relationships that develop between the consultative committees, like the committee on Mental Health of Quebec and the intra-ministerial services, the relationships of

cooperation or of lack of communication based as much on the structural elements as on the planned ones; the communications between the intra-ministerial and the external organisms are analyzed reviewing their implication in the preliminary stages that should lead to a provincial policy in mental health. The last section is given over to a short discussion of two ideas that seem

at this time to be the predominant ones in the technocrat's world; the idea of desinstitutionnalization and the idea of multidisciplines in the intervening teams; those ideas are reviewed in regard to the context of the last advice of the Mental Health Committee of Quebec.