

UNIVERSITE DU QUEBEC A MONTREAL

PORTRAIT DE L'EXPERIENCE D'INTEGRATION D'UN ORGANISME
DE SUIVI ALTERNATIF COMMUNAUTAIRE FACE AUX ETABLISSEMENTS
PUBLICS DANS LE CONTEXTE DES RESEAUX LOCAUX DE SERVICES
EN SANTE MENTALE

MEMOIRE
PRESENTE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAITRISE EN INTERVENTION SOCIALE

PAR
OLIVIER RENE

AVRIL 2007

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

AVANT-PROPOS

Ce mémoire est dédié en premier lieu à toutes les personnes qui vivent des problèmes de santé mentale ainsi qu'aux personnes, organismes et ressources qui oeuvrent auprès d'elles.

Qu'est ce qu'un mémoire de maîtrise ? À mon humble avis, c'est un travail long et fastidieux qui sert à démontrer les connaissances et capacités en recherche de la personne qui le réalise. Dans une perspective optimiste, c'est une contribution à la réflexion sur une problématique et dans une optique plus négative, mais réaliste, c'est une série de deuils sur la volonté d'éclairer et de changer le monde. L'acquisition de connaissances et d'habiletés de recherche ont fait de moi un être plus réfléchi, à l'esprit plus synthétique et aux ambitions plus réalistes.

À titre personnel, j'aimerais remercier avec toute la gratitude qu'il m'est possible d'exprimer, l'organisme qui a accepté de participer à mon projet. Dès le début de cette collaboration, j'ai senti que l'implication des individus était sérieuse et de bonne volonté et que cette ouverture d'esprit animerait ma rigueur.

Merci à mon directeur de mémoire, M. Henri Dorvil, dont j'ai senti la confiance tout au long de mon cheminement et qui m'a permis de me dépasser en m'offrant de belles opportunités.

Merci à Dominique Lapointe, pour son soutien, ses conseils, ses relectures et son amour qui m'ont accompagné durant la rédaction.

Merci également à toutes les personnes : amiEs (Marie-Claude, Maryse, François-René et Véronique), professeurEs et influences (Marc Therrien, Jean-François René, Jacques Hébert, Jocelyne Lamoureux, Sylvie Beauchamp, Mireille Desrochers, Luce Bellavance, Karl Johnson et Gaston Auger) qui, de façon directe ou indirecte, ont contribué à alimenter ma réflexion et à stimuler ma motivation durant mon cheminement à la maîtrise.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES FIGURES.....	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
LISTE DES SIGLES.....	ix
RESUME	x
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
CONTEXTE	4
1.1. Contexte sociopolitique en santé et services sociaux	4
1.2. Réseaux de services intégrés dans le domaine de la santé mentale	8
1.3. Modifications structurelles récentes.....	10
1.4. Plan d'action en santé mentale	12
1.5. Suivi communautaire en santé mentale	13
1.5.1. Suivi communautaire comme pratique reconnue.....	13
1.5.2. Suivi alternatif communautaire ou soutien d'intensité variable	15
1.6. Principaux concepts et leur articulation.....	16
1.6.1. Réseau.....	17
1.6.1.1. Gouverne réseau	17
1.6.1.2. Travail réseau en santé mentale.....	17
1.6.2. Intégration	18
1.6.3. Local	19
1.6.4. Acteur	20
1.6.5. Rapport dynamique.....	20
1.6.7. Suivi communautaire	21
CHAPITRE II	
PROBLEMATIQUE, QUESTIONS ET OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	22
2.1. Critiques du modèle et appréhensions	23
2.2. Questions et objectifs de recherche.....	27
CHAPITRE III	

CHAPITRE III	
ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LA QUESTION DES RAPPORTS	29
3.1. État des connaissances sur les relations entre communautaire et institutionnel.....	30
3.1.1. Recherches sur les rapports dans la planification et orientation des services	32
3.1.1.1. Recherches portant sur l'expérience de participation des ressources alternatives à l'élaboration des plans régionaux d'organisation de service en santé mentale.....	32
3.1.1.2. Rapports dynamiques d'un processus partenarial	34
3.1.1.3. Logique technocratique et logique de participation	35
3.1.1.4. Logique complémentariste et logique autonomiste.....	36
3.1.2. Recherches sur les rapports entre organismes communautaires et établissements publics.....	38
3.1.2.1. Partenariat et pater-nariat	38
3.1.2.2. Expérience de partenariat dans le cadre d'un programme de prévention des mauvais traitements envers les enfants.....	40
3.1.2.3. Analyse stratégique dans le secteur de l'enfance, famille et jeunesse	40
3.1.2.4. Concertation et la continuité des soins de santé mentale	42
3.2. Synthèse de la recension	44
CHAPITRE IV	
CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE	49
4.1. Modèles d'analyse	50
4.1.1. Grille d'analyse pour observer un partenariat	50
4.1.2. Définition générale de l'analyse stratégique	52
4.1.3. Application de l'analyse stratégique.....	54
CHAPITRE V	
MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	56
5.1. Stratégie générale de recherche	56
5.2. Population à l'étude	56
5.3. Sélection des sujets pour les entretiens.....	57
5.4. Méthode de collecte	58
5.5. Analyse de l'information	59
5.6. Limites de la démarche méthodologique.....	60
5.7. Risques et avantages de la recherche pour les sujets.....	61

CHAPITRE VI	
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	62
6.1. Profil organisationnel.....	62
6.1.1. Émergence de la ressource.....	62
6.1.2. Changement de mandat.....	63
6.1.3. Depuis 2000.....	64
6.1.4. Structure et mode de fonctionnement.....	65
6.1.4.1. Services offerts	65
6.1.4.2. Philosophie d'intervention.....	65
6.1.4.3. Philosophie de gestion	66
6.1.4.4. Organisation du travail	66
6.1.4.5. Rôle et mission dans une structure de services	67
6.1.4.6. Identité organisationnelle	67
6.1.4.7. Objectifs.....	68
6.2. Environnement local – Description de la sous-région.....	69
6.3. Concertation et partenariat dans le cadre des réseaux locaux de services.....	70
6.3.1. Membership communautaire et/ou alternatif ou autre.....	70
6.3.2. Comités dans le cadre des réseaux locaux de services intégrés	70
6.3.2.1. Comité clinique du réseau local du Nord de l'Île.....	71
6.3.2.2. Table santé mentale du projet clinique du CSSS 07	72
6.3.2.3. Projet pilote Portrait sur l'activité en suivi communautaire.....	73
6.4. Acteurs impliqués	74
6.4.1. Perception des autres acteurs.....	75
6.4.1.1. Chargée de projet.....	75
6.4.1.2. Établissements publics.....	75
6.4.1.3. Agence régionale de Montréal	76
6.4.1.4. Ministère de la santé et des services sociaux	76
6.4.1.5. Regroupements	77
6.4.1.6. Autre organisme de la sous-région.....	77
CHAPITRE VII	
ANALYSE STRATÉGIQUE	78
7.1. Analyse des jeux	81
7.1.1. Première situation de jeu - Défendre sa pratique.....	81
7.1.2. Deuxième situation de jeu - Compétition avec les services des hôpitaux.....	84

7.1.3. Troisième situation de jeu - Front commun avec le ROSAC.....	86
7.2. Tendances stratégiques de l'organisme	88
7.2.1. Ouverture sur ses partenaires.....	89
7.2.2. Mi-centrifuge, mi-centripète.....	91
7.2.3. Engagement dans le processus	92
7.2.4. Autonomie et dépendance.....	92
CHAPITRE VIII	
DISCUSSION	94
8.1. Conditions facilitatrices	94
8.1.1. Conditions internes à l'organisme	94
8.1.1.1 Attitude ouverte	95
8.1.1.2. Vision positive de l'intégration	95
8.1.1.3. Expertise sociale et technique	96
8.1.1.4. Participation aux Regroupements.....	96
8.1.2. Conditions externes à l'organisme	97
8.1.2.1. Personne chargée de projet compétente et rassembleuse.....	97
8.1.2.2. Dynamique sous-régionale	97
8.1.2.3. Reconnaissance et crédibilité	98
8.1.2.4. Financement PSOC récurrent.....	98
8.1.2.5. Taille des Centre de santé et services sociaux.....	99
8.2. Enjeux reliés à l'intégration.....	99
8.2.1. Reconnaissance.....	100
8.2.2.Évaluation et reddition de compte	101
8.2.3. Financement.....	103
8.2.4. Formalisation	104
8.2.5. Compétition	106
8.2.6. Autonomie	107
8.3. Discussion autour des rapports	109
8.3.1. Relations de pouvoir.....	109
CONCLUSION ET PERSPECTIVES	112
RÉFÉRENCES	115
APPENDICE A	
DOCUMENTS OFFICIELS BALISANT LES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES INTÉGRÉS ET LE SUIVI COMMUNAUTAIRE	120

LISTE DES FIGURES

FIGURE 4.1. Processus d'intégration dans le cadre des réseaux locaux de services	50
FIGURE 4.2. Conditions d'action des rapports entre les acteurs, stratégie utilisées et dynamiques partenariales émergentes possibles	51
FIGURE 4.3. Raisonnement stratégique dans l'élaboration de nouveaux rapports	53
FIGURE 8.1. Interrelations entre les dimensions autour des rapports.....	110

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 3.1. Synthèse des conditions recensées influençant les rapports46

TABLEAU 3.2. Synthèse des types de rapports recensés48

TABLEAU 8.1. Synthèse des conditions facilitatrices au processus d'implantation du réseau local de services relevées dans l'étude de cas.....99

LISTE DES SIGLES

ADRLSSSS	Agence de développement des réseaux locaux de services en santé et services sociaux
AGA	Assemblée générale annuelle
AGIDD-SMQ	Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec
AQRP	Association québécoise de réadaptation psycho sociale
ARPÉOC	Analyse et renforcement des pratiques évaluatives dans les organismes communautaires
ARACSM	Association des ressources alternatives et communautaires en santé mentale de la région 02 (Saguenay Lac Saint-Jean)
c.a	Conseil d'administration
CAACA	Comité aviseur à l'action communautaire autonome
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre hospitalier de soins longue durée
CLSC	Centre local des services communautaires
CRSSS	Conseil régional de santé et services sociaux
CSMQ	Comité de la santé mentale
CSN	Centrale des syndicats nationaux
CSSS	Centre de santé et services sociaux
CSSS AM-N	Centre de santé et services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OBNL	Organisme à but non lucratif
PACT	Program of assertive community treatment
PROS	Programme régionaux d'organisation de services
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RACOR	Regroupement alternatif et communautaire des organismes en santé mentale du Montréal métropolitain
RIOCM	Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal
ROSAC	Regroupement des organismes de suivi alternatif communautaire
RRASMQ	Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec
RLS	Réseaux locaux de services
RLSI	Réseaux locaux de services intégrés
RUIS	Réseau universitaire intégrés de services
SAC	Suivi alternatif communautaire
SACA	Secrétariat à l'action communautaire autonome
SIC	Suivi intensif dans la communauté
SIM	Suivi intensif dans le milieu
SIMN	Suivi intensif dans le milieu naturel
TLC	Training in living community
TROC	Tables régionales d'organismes communautaires
TRPOCB	Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles

RESUME

Ce projet de recherche s'inscrit dans le champ d'étude des rapports entre le milieu communautaire et le secteur public dans le domaine de la santé mentale. Le système de santé et de services sociaux du Québec vivant actuellement des transformations organisationnelles importantes avec l'implantation des réseaux locaux de services intégrés, cette réorganisation vient modifier les règles du jeu dans les relations entre les acteurs du domaine de la santé et des services sociaux.

Notre objectif principal est de mieux comprendre les rapports dynamiques qui s'établissent entre un organisme de suivi alternatif communautaire en santé mentale et les établissements du réseau public sur un territoire donné de l'Île de Montréal dans le processus d'implantation du réseau de services intégrés. Dans un premier temps, cette recherche vise à cerner le contexte local dans lequel se déroule l'intégration de l'organisme au réseau de services. Il s'agit donc de définir les variables contextuelles et les modalités organisationnelles du contexte d'intégration. Dans un second temps, nous procéderons à une analyse stratégique de l'expérience d'intégration en analysant les stratégies de l'organisme face aux établissements publics.

La question des rapports interorganisationnels est abordée sous l'angle de l'analyse stratégique inspirée de Crozier et Friedberg (1977). Cette méthode d'analyse permet de mieux comprendre les interactions et d'analyser les stratégies des acteurs en présence dans le processus d'intégration. La méthodologie repose sur une approche qualitative privilégiant la méthode par étude de cas (Yin, 1984) dont le cas en question s'avère être une expérience locale d'intégration en fonction du projet organisationnel et clinique proposé aux organismes communautaires en santé mentale. Afin de cerner le contexte local et de procéder à l'analyse stratégique, l'information colligée provient d'une analyse documentaire, de six entrevues effectuées auprès de représentants de l'organisme et d'une observation participative au conseil d'administration.

L'étude de cas du processus d'intégration de l'organisme au réseau local de services a permis de dégager que les stratégies utilisées par l'organisme se divisent en deux catégories : celles qui concernent les attitudes face aux processus d'élaboration des réseaux locaux de services et celles qui portent sur la valorisation et la défense de la pratique du suivi alternatif communautaire. Bien que plusieurs contraintes reliées au processus d'intégration soient identifiées, l'organisme démontre sa capacité à effectuer des choix stratégiques et à exploiter la marge de manoeuvre qui lui appartient dans ses rapports avec les établissements publics. Six dimensions sont identifiées autour des enjeux liés à l'intégration, soit la reconnaissance, la reddition de compte, la formalisation, le financement, la compétition et l'autonomie. Des nombreux enjeux analysés, nous retenons que des relations de pouvoir se retrouvent au coeur de la dynamique relationnelle.

Mots clés : Intégration, Santé mentale, Suivi alternatif communautaire, Réseaux locaux de services, Analyse stratégique, Rapports dynamiques.

INTRODUCTION

Le système de santé et de services sociaux du Québec vit actuellement des transformations organisationnelles importantes avec l'implantation des réseaux locaux de services intégrés (RLSI). De nombreuses restructurations tant administratives qu'organisationnelles s'opèrent afin de rendre le système toujours plus efficient. Depuis une quinzaine d'années, le gouvernement québécois nourrit l'idée que le système de santé pourrait mieux fonctionner si les différents acteurs qui le composent travaillaient davantage en concertation. À travers la recherche de modèles de gestion efficace, la gouverne adoptée depuis 2003 est celle d'une régulation en réseau intégrant l'ensemble des organisations qui contribuent à l'amélioration du bien-être des populations. Dans ces nouvelles conditions, plusieurs organismes et ressources du milieu communautaire, tout comme les cliniques privées, les pharmacies communautaires ainsi que les établissements publics de santé, sont invités à intégrer la nouvelle structure d'organisation en réseau via le *projet organisationnel et clinique* paru en 2004. Également encadrée par le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* apparu en 2005, cette réorganisation vient modifier les règles du jeu dans les relations entre les acteurs du domaine de la santé mentale, ce qui implique de nouveaux rapports (administratifs, organisationnels et financiers) entre les acteurs communautaires et publics participants à la gestion et à l'organisation du système. Dans ce mémoire, nous nous sommes efforcés de mieux comprendre ces nouveaux rapports en prenant comme angle d'analyse le positionnement d'un organisme communautaire en santé mentale face aux établissements publics dans le contexte des réseaux intégrés de services. Tout en considérant les rapports comme des processus dynamiques, notre analyse explore comment l'organisme s'est positionné stratégiquement à travers certaines situations de jeu et expose les éléments positifs et négatifs de son intégration au réseau local de services.

Le premier chapitre dresse le contexte socio-politique dans lequel ont évolué les rapports entre le communautaire et l'institutionnel en santé et services sociaux depuis les années

1980. Nous retraçons l'apparition des réseaux locaux de services intégrés dans les documents officiels et législations du gouvernement québécois ainsi que le développement du suivi communautaire en santé mentale depuis les dix dernières années. Le premier chapitre se termine avec la présentation et l'articulation des principaux concepts de notre recherche.

Le deuxième chapitre présente dans un premier temps la problématique des rapports interorganisationnels entre acteurs communautaires et institutionnels ainsi que les implications reliées aux modèles des réseaux locaux de services intégrés. Par la suite, nous posons les questions et objectifs de cette recherche.

Dans le troisième chapitre, nous abordons une brève recension des écrits sur la question des rapports entre le communautaire et les établissements publics particulièrement sous le thème du partenariat.

Le chapitre quatre expose le modèle théorique utilisé, soit l'analyse stratégique, afin de mieux comprendre les rapports et le positionnement de l'organisme communautaire dans le contexte des réseaux locaux de services. Nous voyons dans un premier temps l'influence des travaux de Billette, White et Mercier (1995) sur notre façon d'observer les rapports et ensuite nous offrons une définition de l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1992) et son application dans notre analyse des rapports.

Le chapitre cinq décrit la démarche méthodologique utilisée. Pour réaliser une étude de cas sur le processus d'implantation des réseaux locaux, nous avons recueilli de l'information par trois méthodes, soit par analyse de documentation sur l'organisme et sur les réseaux de services, par six entrevues semi-dirigées et par observation participative. Dans ce chapitre, nous décrivons la population étudiée, les méthodes de collecte utilisées, la façon d'analyser l'information, les limites de la méthode par étude de cas ainsi que les risques et avantages de la recherche pour les sujets.

Au chapitre six, nous présentons de façon descriptive l'organisme participant, le contexte local de la sous-région, les espaces de concertation qui ont permis le déroulement de

l'implantation des réseaux de services ainsi que les différents acteurs impliqués autour de l'organisme étudié.

Le septième chapitre porte sur l'analyse stratégique. Dans un premier temps, nous rappelons certaines notions conceptuelles au raisonnement stratégique. Ensuite, nous explorons trois situations de jeu entre l'organisme et les établissements publics. Enfin, nous présentons les tendances stratégiques de l'organisme dans son positionnement en référence à la grille d'analyse de Billette, White et Mercier.

Le huitième et dernier chapitre reprend l'essentiel des résultats pour alimenter la réflexion sur les rapports. Dans la discussion, nous faisons ressortir les conditions ayant facilité le processus pour l'organisme ainsi que les enjeux mis en lumière par l'analyse stratégique. Nous sommes d'avis que les six dimensions que nous identifions autour des enjeux, soit la reconnaissance, la reddition de compte, la formalisation, le financement, la compétition et l'autonomie, permettent d'avoir un regard global, mais non exhaustif des rapports dynamiques entre l'organisme et les acteurs institutionnels. En conclusion, nous exprimons certaines pistes de réflexion concernant l'ensemble de la réforme.

CHAPITRE I

CONTEXTE

Le système de santé et de services sociaux du Québec connaît une transformation organisationnelle importante avec l'implantation des réseaux locaux de services intégrés (RLSI). Le type de gouverne en réseau intégrant l'ensemble des organisations qui contribuent à l'amélioration du bien-être des populations semble être la stratégie organisationnelle et opérationnelle du gouvernement québécois pour rendre les services plus accessibles et améliorer la continuité des soins. Ce nouveau mécanisme de gestion implique une augmentation des interrelations entre les organisations, mais aussi de nouveaux rapports entre les acteurs qui participent à la gestion et à l'organisation du système. Parmi ces acteurs, on retrouve les organismes du milieu communautaire. La réorganisation actuelle des services suppose que la fusion des établissements publics et l'intégration locale des services en réseaux favoriseront le rapprochement interorganisationnel et que ce faisant, le système de santé et de services sociaux sera, une fois de plus, davantage efficace et efficient. Cette volonté politique de changement afin de contrer la fragmentation des services, nous la retrouvons dans les services en santé mentale depuis une vingtaine d'années.

1.1. Contexte sociopolitique en santé et services sociaux

Depuis le milieu des années 1980, les priorités sociales de l'État sont établies de façon à maximiser l'efficience et l'efficacité de l'organisation des services de santé. La remise en question du modèle de l'État providence a été alimentée par deux courants critiques d'idéologies opposées. D'une part, les acteurs du milieu communautaire dénoncent que le système étatique soit trop centralisé et contestent son manque de démocratie. D'autre

part, la montée d'un courant de pensée néolibérale en rupture avec l'interventionnisme de l'État prône la nécessité de placer le Québec sur les marchés mondiaux et propose la privatisation de certains services sociosanitaires. S'ensuivirent de profonds changements dans l'organisation sociale, économique et politique du système québécois. Le système se modifie et l'État se redéfinit entre le développement de la gouvernance communautaire¹ et la montée en popularité du modèle marchand (Bourque, 2003).

Au ministère de la santé et des services sociaux, des comités de travail et des commissions d'enquête furent mis sur pied au cours des années 1980. Le rapport de la Commission Rochon (1988) dénonce notamment le cloisonnement interétablissements et interprofessionnels entre les différentes organisations publiques et propose le développement d'un partenariat reposant sur la collaboration entre tous les acteurs autour de la personne ayant recours aux services (Parenteau, 2002). S'inscrivant dans la même trame que le rapport du comité Harnois sur la santé mentale *Pour un partenariat élargi* (1987) qui souligne que le système est fragmenté en une multitude de services compartimentés et compétitifs, le Rapport Rochon affirme que le système est pris en otage par les innombrables groupes d'intérêt (Dorvil et al., 1997). Les travaux de ces deux groupes proposent un nouveau modèle dans les rapports entre les acteurs du domaine de la santé et des services sociaux et ont servi de fondement à la *Politique officielle de santé mentale* de 1989. Celle-ci poursuit comme objectif, entre autres, la consolidation du partenariat entre les différents dispensateurs afin d'offrir un meilleur réseau de services et s'appuie sur le dynamisme communautaire pour y arriver (MSSS, 1989 : 27). Les recommandations des rapports Harnois et Rochon ainsi que la *Politique de santé mentale* ont donné le ton, au début des années 1990, à une importante réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux appelée la réforme Côté. La *Loi sur la santé et les services sociaux* (loi 120, 1991) issue de cette vague reconnaît officiellement la contribution des organismes communautaires à la santé et au bien-être de la population tout en souhaitant leur arrimage au réseau public (Duval et al., 2005). Selon cette législation, les organismes demeurent libres de définir leurs orientations et leurs approches bien qu'ils soient financés par les services publics. Cependant, ils doivent répondre à des exigences

¹ Selon Gilles Bourque, la gouvernance communautaire réfère au monde de l'informel, c'est-à-dire aux réseaux informels et aux relations de proximité basées sur la confiance mutuelle et la complicité (Bourque, 2003). Le développement de ressources et de groupes d'entraide « par et pour » en est un bon exemple.

d'évaluation de performance, car l'accès au financement demeure conditionnel à l'établissement d'un partenariat avec le réseau institutionnel. Autrement dit, l'acteur étatique cherche à partager ses tâches et responsabilités avec les organismes dans la prestation des services, mais aussi à conserver un certain contrôle sur ses « nouveaux partenaires » en rendant plus stricts les critères d'attribution de fonds (Panet-Raymond, 1994).

Dans un contexte marqué de compressions budgétaires dans les services, l'État cherche à renouveler ses arrangements institutionnels et l'on assiste à une transformation du rôle de l'acteur étatique. Une décentralisation politique - que certains ont plutôt qualifiée de déconcentration administrative (RRASMQ, 1991 : 5) - accompagne la remise en question de l'État Providence. Cette décentralisation des pouvoirs se traduit par un recours à la privatisation de certains services et à la communautarisation, c'est-à-dire au développement de partenariat entre le réseau institutionnel et le milieu communautaire. Partenariat et concertation entre les acteurs deviennent dès lors des concepts-clés à l'intérieur d'un nouveau paradigme redéfinissant les rapports entre l'État et la société civile (Duval et al., 2005). Selon René et Gervais (2001), le partenariat « se révèle une nouvelle manière de penser, de structurer les rapports sociaux, tant au plan local que national » (René et Gervais, 2001 : 23) et aurait été le paradigme dominant pendant près d'une décennie. À partir de 1992, les Tables régionales d'organismes communautaires (TROC) occupent un rôle de négociateur avec les Régies régionales de la santé et des services sociaux (Duval et al., 2005). En 1995, l'État met en place le Secrétariat à l'action communautaire autonome (SACA) et le Fonds d'aide à l'action communautaire autonome en ajout aux programmes de soutien aux organismes communautaires (PSOC) en vigueur depuis 1973. Moins d'un an plus tard, soit en 1996, se forme le Comité aviseur à l'action communautaire (CAACA) formé de représentants du mouvement communautaire. En septembre 2001, l'autonomie des organismes communautaires est formellement reconnue avec *La Politique gouvernementale de reconnaissance de l'action communautaire*. Cette politique concerne l'ensemble du mouvement communautaire notamment dans le développement et le maintien de liens sociaux et dans l'exercice de la citoyenneté.

Caractéristique de la société québécoise, elle se veut avant tout un acte de préservation des caractéristiques intrinsèques à l'action communautaire.²

C'est dans le domaine de la santé mentale que se sont élaborées les premières expériences de concertation entre les établissements publics et les ressources alternatives au cours des années 1988 à 1991. Elles ont eu lieu avec la participation du milieu alternatif aux comités tripartites lors de l'élaboration des plans régionaux d'organisation de services (PROS). Cette période a été riche en opposition et en négociation entre l'État et le milieu communautaire. Plusieurs organismes et regroupements communautaires et alternatifs ont apposé un rapport de force dans les commissions parlementaires en revendiquant notamment une reconnaissance politique, de meilleures protections sociales, de plus grands investissements dans le milieu communautaire ainsi que la démocratisation du réseau de la santé (RRASMQ, 1991, Duval et al, 2005). Constats majeurs des expériences de comités tripartites : des différences marquées entre deux cultures et des façons divergentes de concevoir et de planifier les soins de santé mentale. Le réseau institutionnel est considéré bureaucratique et ayant tendance à imposer sa culture médico-hospitalo-centrique aux ressources communautaires (Guay, 1991). Pour sa part, le milieu communautaire est jugé peu systématique et basé sur des approches peu efficaces et non-concluantes comparativement aux pratiques des établissements publics. À l'ère du partenariat, action sociale et logique organisationnelle sont considérées comme deux notions bien différentes dans ces comités (Lamoureux, 1994). Le rapport de force exprimé entre les acteurs communautaires et institutionnels symbolise bien des cartels indépendants (Dorvil et al., 1997) où le cloisonnement interorganisationnel ne peut représenter qu'une résultante non souhaitée.

Au début des années 2000, la Commission Clair, portant sur le système de santé et des services sociaux, rappelle les constats du rapport Rochon concernant le manque d'accessibilité, de coordination et de continuité des services et situe les nouveaux enjeux organisationnels auxquels est confronté le système de santé québécois. Le rapport Clair

² Notons au passage que la Politique gouvernementale de 2001 vient baliser, pour une période de trois ans, le financement des groupes communautaires autonomes dans leur rapport avec l'État sous trois modes de financements différents : soutien à la mission globale (de base), complémentaire à des programmes soumis par le gouvernement (entente de services) et de projets spécifiques déposés par le communautaire (projets ponctuel *ad hoc*).

recommande entre autres que l'amélioration des services passe par la consolidation des services de première ligne et prend position en faveur de l'approche intégrée pour contrer le travail en silo (Lemieux, 2003). La solution proposée est donc de changer l'approche structurelle, jusque là organisée autour des ressources plutôt qu'en fonction des services requis (Pineault, 2001 dans Lemieux, 2003), pour l'approche organisationnelle des réseaux intégrés de services. Cette dernière étant davantage axée sur des éléments processuels, c'est-à-dire la régulation des relations entre les acteurs alors que l'approche structurelle porte plutôt sur des éléments reliés à la structure comme les cadres d'action et les programmes.

1.2. Réseaux de services intégrés dans le domaine de la santé mentale

Dans le domaine de la santé mentale, d'autres commissions et travaux d'ampleur menés au Québec relèvent un intérêt pour une approche de réseaux intégrés de services dans le système de soins en santé mentale (voir appendice A.1). Le document intitulé *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale* (1997) qui a été dirigé par le comité de la santé mentale du Québec, avance que « les intervenants et les gestionnaires doivent donc relever le défi, devenu incontournable, de planifier et d'implanter un réseau intégré de services de santé mentale » (Dorvil et al., 1997 : 60). On y indique aussi que la concertation des acteurs et l'harmonisation des services représentent les moyens fondamentaux privilégiés pour soutenir le développement d'un véritable réseau intégré de services (Dorvil et al, 1997 : 84). L'idée du modèle réseau est donc officiellement lancée dans le domaine de la santé mentale au Québec et repose encore une fois, à l'instar des recommandations du Rapport Rochon en 1988, sur le thème de la concertation comme solution à la rigidité organisationnelle.

Le *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* paru l'année suivante (1998) présente l'organisation des réseaux de services sur une base locale comme un objectif de la transformation des services. On y relève entre autres, le fait de privilégier l'intégration des services sur une base locale ainsi que l'importance de la multiplicité des modèles d'organisation de services peu importe leur rattachement administratif (MSSS, 1998 : 23). De plus, on note que les réseaux de services efficaces

reposent sur « l'engagement des personnes et leur expertise, plutôt que sur l'appartenance à un établissement » (MSSS, 1998 : 23) Ce document positionne bien l'importance des réseaux locaux, mais dans une logique davantage associative, c'est-à-dire axée sur la concertation volontaire plutôt que hiérarchique.

En septembre 2000, se tient à Montréal le Forum national sur la santé mentale à la suite duquel a été publié en 2001 le document *Accentuer la transformation des services de santé mentale*. À propos des réseaux locaux de services les représentants du milieu communautaire suggèrent que la responsabilité de l'offre de services soit partagée entre les différents fournisseurs. Ils préconisent une distinction nette entre la coordination et la prestation dans les modalités d'intégration (MSSS, 2001 :15). De plus, le document réitère les modalités de concertation entre l'ensemble des acteurs afin de créer les réseaux de services.

Plus d'un an avant l'adoption du projet de loi 25, les orientations du système de santé et de services sociaux sont clairement réaffirmées lors de la sortie du document de référence *Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services en santé mentale* en avril 2002. Ce document balise les visions et les objectifs recherchés par l'intégration des services et indique que la mise en réseau repose sur le développement d'une vision commune et sur la participation des organismes et des établissements travaillant dans le domaine (MSSS, 2002a :10).

D'après Fleury (2002), certains autres facteurs socioéconomiques et démographiques expliquent l'émergence des réseaux intégrés de services, notamment des compressions budgétaires dans les dépenses publiques, une augmentation croissante de la demande de soins, le vieillissement de la population, de même que le virage ambulatoire et la désinstitutionnalisation (Fleury, 2002 : 7). Selon Lemieux (2003), se sont surtout les problèmes de continuité et d'intégration entre les services, constatés par chacune des grandes commission d'enquête en santé et services sociaux menée au Québec dans les trente-cinq dernières années³, qui seraient à l'origine de la volonté d'implanter les réseaux de services intégrés (Lemieux, 2003). Toutes ces recommandations doivent être soutenus

³ Ces trois grandes commission d'enquête sont la Commission Gastonguay-Nepveu (1971), la Commission Rochon (1988) et la Commission Clair (2000).

par une législation qui renforcerait les dispositifs d'intégration officielle en matière de santé et de services sociaux. C'est pourquoi les projets de loi 25 et 83 encadrent ce changement.

1.3. Modifications structurelles récentes

Depuis l'adoption du *projet de Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (projet de loi 25, adoptée en décembre 2003), de nombreux changements et restructurations tant administratifs qu'organisationnels se sont opérés dans les services de santé. Notamment, les instances régionales, autrefois appelées Régies régionales, sont devenues des Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSSS) et détiennent le mandat, comme leur nom l'indique, de mettre en place des réseaux de services au niveau local (Gouvernement du Québec, 2003 : 9, article 24). Un autre changement organisationnel majeur introduit par la loi 25 se rapporte à la fusion des instances publiques locales, tels les CLSC, CHSLD et CH en une seule instance administrative locale, les Centres de santé et de services sociaux (CSSS), coordonnant la création des réseaux sur un territoire donné.

La structure en réseau vise à améliorer la qualité par une plus grande accessibilité et une meilleure continuité des services offerts aux personnes en fonction de deux principes de base, soit : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services (MSSS, 2004, MSSS, 2005). La responsabilité populationnelle concerne la responsabilité collective de l'ensemble des intervenantes et intervenants de l'état de santé et de bien-être d'une population sur un territoire donné. Ce principe répond au mandat légal d'imputabilité quant à l'efficacité des services envers le ministère sur la santé des populations. La hiérarchisation des services, quant à elle, touche la complémentarité des divers services offerts sur un territoire et donc l'intégration des organisations qui dispensent les services. Afin d'assurer l'accessibilité et la continuité, le principe de hiérarchisation implique l'utilisation des ententes de services entre les différentes organisations et les CSSS (MSSS, 2004). Autrement dit, les décisions concernant les programmes et les services proviennent du MSSS, elles sont ensuite opérationnalisées sur

le terrain par l'instance locale (le CSSS) et cette dernière en coordonne les différents services sur un territoire⁴.

Une autre législation qui encadre la réorganisation en santé et services sociaux est la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et de services sociaux* (projet de loi 83, adoptée en décembre 2005). Se situant en continuité avec la loi 25, cette législation confirme les rôles et responsabilités des acteurs publics (établissements, Agences et Ministère) du système de santé et des services sociaux. Elle attribue notamment aux CSSS la responsabilité de coordonner l'ensemble des services sur leur territoire local et celle d'offrir des services généraux et spécialisés. Ceci implique que les CSSS deviennent responsables de mettre en place des mécanismes et protocoles d'entente spécifiques avec différentes organisations locales en vue d'atteindre les cibles et mesures à atteindre sur le territoire. Quant aux Agences régionales, elles supervisent et soutiennent le déploiement des réseaux locaux de services et coordonnent entre autres, les allocations financières de soutien aux organismes communautaires par l'attribution des PSOC.

En 2005, l'implantation des réseaux locaux de services est amorcée dans plusieurs programmes de services spécifiques (santé mentale, santé physique, jeunes en difficulté, déficience intellectuelle, etc.) (MSSS, 2002a). Par le fait même, plusieurs organismes et ressources du milieu communautaire, tout comme les cliniques privées, les pharmacies communautaires, les entreprises d'économie sociale ainsi que les établissements publics en santé, sont invités à intégrer la nouvelle structure d'organisation en réseau via les *projets organisationnel et clinique* (MSSS, 2004). Comme le stipule la loi 83, le CSSS a le mandat d'assurer la participation des acteurs locaux à l'élaboration et à la réalisation du *projet organisationnel et clinique*, document qui représente l'outil de base servant à l'actualisation du modèle d'organisation des services en réseau par les CSSS. Tout ce processus se réalise à travers diverses étapes par la concertation en comité local entre les diverses organisations concernées par une problématique.

⁴ Denis Bourque (2004) utilise le terme logique descendante pour qualifier ce principe qui signifie que les pouvoirs se situent au palier décisionnel hiérarchique supérieur et descendent vers les acteurs locaux.

En janvier 2006, l'Agence de la région de Montréal s'est dotée d'un document intitulé *Cadre de référence régional : Partenariat avec les organismes communautaires*. Ce document rappelle les dispositions législatives (loi 25 et 83 et Politique gouvernementale de reconnaissance de l'action communautaire autonome) encadrant les rôles et responsabilités de chacun des partenaires et définit les liens de collaboration ainsi que les balises et critères de reconnaissance et d'action des acteurs. Outre le fait de réitérer une fois de plus la reconnaissance légale des organismes communautaires, ce document définit les caractéristiques et le contenu des protocoles d'entente de services reliés au financement entre les CSSS et les organismes communautaires. Ce document de partenariat, le premier en son genre, représente un guide indiquant les conditions légales et administratives structurant les rapports entre le réseau de la santé et des services sociaux et les organismes communautaires.

1.4. Plan d'action en santé mentale

Dans la même idéologie de concertation, mais dans une logique plus structurante que le plan d'action de 1998, le MSSS publie en 2005 un document intitulé *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*. Il est structuré autour de l'approche des réseaux intégrés pour organiser les services et se situe en cohérence avec le volet santé mentale du projet organisationnel et clinique (2004). Au niveau du développement d'un réseau de services, le rôle des organismes communautaires y est reconnu, particulièrement dans la défense des droits et l'intégration au travail (MSSS, 2005 : 67). Bien que ce plan d'action ait été développé pour le réseau public, les organismes sont invités en tant que partenaires à collaborer avec les CSSS de leur territoire pour l'implantation des réseaux des services. Pour certains organismes, tant qu'ils ne conviennent pas d'ententes de services avec les CSSS, ils ne sont pas directement impliqués dans le réseau de services.

Ce plan d'action accorde une attention particulière à la « capacité des personnes souffrant de troubles mentaux d'effectuer des choix, de prendre part aux décisions qui les affectent directement selon le principe 'Je suis une personne et non une maladie' » (Dorvil, 2005 : 221). Cette dimension de *recovery*, dans la vie de la personne semble toutefois tributaire

de l'organisation d'un réseau de services efficace et autour de la personne : « La hiérarchie des services vise à offrir le bon service, à la bonne personne, par le bon intervenant, au bon moment, pour la bonne durée et au bon endroit. » (MSSS, 2005 : 14)

De plus, notons que dans ce plan d'action, le terme soutien et coordination des services (MSSS, 2002b) est remplacé par le soutien d'intensité variable (MSSS, 2005 : 51). Similaire dans la pratique, car inspiré du modèle de *case management*, le soutien d'intensité variable pourrait être effectué tant par les intervenants du milieu communautaire que par les équipes santé mentale des CSSS. Le soutien d'intensité variable pourrait se voir imposer des critères de définition objectifs afin d'être mesurés par certains indicateurs comme le laisse croire les objectifs prioritaires retenus dans les orientations stratégiques du plan (MSSS, 2005 : 87).

1.5. Suivi communautaire en santé mentale

1.5.1. Suivi communautaire comme pratique reconnue

Depuis l'avènement de la désinstitutionalisation dans les années 1960, la gestion des services s'est réorientée vers le maintien des personnes dans la communauté. Parmi les services de soutien élaborés hors des murs de l'hôpital, le suivi dans la communauté pour les gens ayant des troubles sévères et persistants de santé mentale s'est développé et a fait ses preuves comme modèle d'intervention. Devant le constat du manque de cohésion et la discontinuité entre les services de santé et des services sociaux et dans un contexte où l'État cherche à diminuer ses dépenses, le suivi communautaire comme alternative à l'hospitalisation s'avère un moyen efficace d'atteindre les objectifs de rationalisation et de rentabilisation.

Plusieurs appellations en français sont utilisées pour qualifier les différents modèles de suivi communautaire : suivi systématique (Dorvil et al., 1997), soutien intensif et intégré, soutien et coordination des services, soutien de base non intensif (MSSS, 2002), soutien d'intensité variable (MSSS, 2002), *case management intensif*, *case management clinique*

(Bachrach, 1992 dans Paradis et Gagnon, 1998), suivi intensif dans le milieu et modèle centré sur les forces du client et le modèle de réadaptation (Gélinas, 1998) et soutien d'intensité variable (MSSS, 2005) pour ne nommer que ceux-là. Chaque modèle ayant ses caractéristiques propres, ce qui rend le concept difficile à définir à la fois au plan conceptuel et pratique.

Selon Gélinas (1998), il existe deux grandes approches d'inspiration américaine dans le suivi communautaire soit le suivi intensif et la gestion de cas. Le premier modèle de suivi dans la communauté a pris naissance durant les années 1970 au Wisconsin, sous la forme *training in community living* (TCL), auquel a succédé le modèle *program of assertive community treatment* (PACT). Il s'agit d'un programme complet incluant de la réadaptation, du traitement et un suivi effectué par une équipe multidisciplinaire mobile (composée de psychiatres, d'infirmières et de professionnels) qui assure les services et le suivi de la personne dans son milieu de vie. Ces services sont le plus souvent rattachés aux services hospitaliers externes et s'effectuent dans une perspective à long terme. L'appellation commune pour qualifier l'approche PACT est le suivi intensif qui peut se dérouler dans le milieu de vie (SIM), dans le milieu naturel (SIMN) ou encore dans la communauté (SIC).

Le second modèle identifié par Gélinas est le *case management* (gestion de cas) qui se définit brièvement par l'accompagnement d'une personne dans son milieu de vie afin de favoriser son accès à des ressources adaptées à ses propres besoins (Gélinas, 1998). Le *case management* est donc un service distinct en soit qui se situe à la base du lien entre la personne et les ressources disponibles dans son milieu de vie en assurant une continuité des soins autour de cette personne dans une optique de réinsertion sociale.

Au Québec, c'est au sein du milieu communautaire et des ressources alternatives que se sont développés les premiers mouvements de suivi et de réadaptation hors des murs hospitaliers durant les années 1980 (MSSS, 2002b) sous la forme du modèle *case management*. Au fil des années, le gouvernement du Québec a reconnu la pertinence des organismes de suivi communautaire à l'intérieur d'un système fragmenté (Paradis et Gagnon, 1998) pour assurer la continuité des services. À ce titre, leur rôle au sein d'un réseau de services est devenu indispensable (voir appendice A.2). La pratique du suivi

communautaire s'inscrit comme une mesure prioritaire dans le *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* (MSSS, 1998) et a été considérée comme une mesure pivot pour le maintien des personnes dans la communauté dans le document *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale* (MSSS, 2002b). À l'échelle du Québec, trente-six (36) organismes communautaires sont identifiés par le MSSS à l'intérieur d'un projet pilote, comme effectuant du suivi communautaire de type soutien d'intensité variable (Lettre RRASMQ, 2005).

1.5.2. Suivi alternatif communautaire ou soutien d'intensité variable

Se rapprochant du modèle de pratique *case management*, qui correspond au soutien d'intensité variable du MSSS, le suivi alternatif communautaire (SAC) est une pratique distincte propre au milieu communautaire et alternatif montréalais. À Montréal, huit (8) ressources forment le Regroupement des organismes offrant un suivi alternatif communautaire (ROSAC) et bien que ils recoupent plusieurs points en commun, on ne peut rendre compte des particularités de chacun (ROSAC, 2002). De plus, bien qu'ils ne soient pas offerts dans la même philosophie d'intervention, il existe un pendant institutionnel au niveau de la pratique du suivi communautaire offert en service externe par les hôpitaux (SIM, SIC) et également par certains CLSC. Comme le suivi alternatif communautaire est un service distinct qui se situe à la base du lien entre les demandeurs de services et les ressources disponibles dans leur milieu, le réseautage des services devient dès lors très important. De plus, comme les RLSI visent la réduction du nombre de duplication pour une utilisation optimale des services, il nous semble pertinent d'étudier comment un organisme de suivi communautaire se positionnera pour défendre ses intérêts organisationnels.

La pratique de suivi alternatif communautaire, reconnue comme du soutien d'intensité variable par le Ministère, se distingue du suivi intensif à l'intérieur de la palette des services de proximité de 1^{re} ligne dans le continuum des services du Plan d'action 2005-2010. Comme mentionné plus haut, le terme de suivi communautaire n'apparaît pas dans le Plan d'action 2005-2010, ni le terme suivi alternatif communautaire bien qu'il soit

reconnu comme tel. L'inventaire des activités de soutien d'intensité variable et de suivi intensif dont le Ministère s'est donné l'objectif prioritaire pour 2005-2006 (MSSS, 2005 : 87) répertorie les organismes et les établissements qui offrent ces services. Les manques à combler identifiés seront tirés en appel d'offre ou par la création d'équipe santé mentale. En effet, le Plan d'action prévoit la mise sur pied d'équipe santé mentale sur les différents territoires locaux.

De plus, le Plan d'action 2005-2010 fait état de la fonction d'intervenant pivot (MSSS, 2005 : 71) au sein notamment des services de soutien d'intensité variable afin d'agir à titre de *case manager* auprès des personnes présentant un trouble mental. Le rôle d'intervenant pivot se rapprochant du rôle d'intervenant de SAC, nous nous questionnons sur les implications d'une telle fonction. Dans ce cadre, il nous apparaît pertinent d'étudier comment une ressource de soutien communautaire se positionnera pour défendre ses intérêts organisationnels face aux établissements.

1.6. Principaux concepts et leur articulation

Bien que les réseaux intégrés représentent un concept introduit dans les écrits et dans le discours depuis le milieu des années 1990 (Fleury, 2002 : 13), il n'y a pas de consensus sur la définition spécifique de réseau intégré de service (*Integrated delivery network, Organised delivery system*). Il s'agit essentiellement d'un modèle d'organisation des services de santé (Fleury, 2002). Dans l'usage courant, les concepts de réseau locaux de services et de réseau de services intégrés sont parfois utilisés de façon imprécise et permutable. Afin d'éclaircir certaines notions et d'éviter les ambiguïtés sémantiques, il importe de baliser le sens prêté à certains concepts fondamentaux telles les notions de réseau et d'intégration ainsi que le niveau local où se déroulent maintenant les rapports pour clarifier notre vision du modèle. Les concepts d'acteur et de rapport dynamique sont également importants pour comprendre dans quelle optique nous concevons les relations entre les acteurs. Enfin, le concept de soutien communautaire nous aide à déterminer la pertinence de s'attarder à ce type de service dans le contexte.

1.6.1. Réseau

1.6.1.1. Gouverne réseau

Dans la structure organisationnelle globale des soins de santé, le concept de réseau réfère à un type de gouverne où les pouvoirs sont répartis, où l'on recherche l'efficacité par la cohésion et la collaboration et à l'intérieur duquel les organisations sont interdépendantes (Demers, Pelchat et Côté, 2002). Il correspond donc à une structure composée d'une diversité de programmes et d'acteurs collectifs où l'on valorise la mise en commun des savoirs, des connaissances et des expertises de chacun des acteurs (MSSS, 2002a). Le mode de gouverne en réseau s'inscrit aux côtés de la gouverne hiérarchique, dominée par l'approche bureaucratique, et la gouverne par le marché, référant aux principes d'un modèle de gestion marchand. L'engagement à participer à un réseau doit être volontaire et réversible et le fonctionnement en réseau ne doit pas nécessairement entraîner l'uniformisation des règles et des procédures (Demers, Pelchat et Côté, 2002). Selon Fleury et Ouadahi (2002), les organisations peuvent conserver leur culture organisationnelle et se développer par leur interdépendance. Par rapport au modèle régulé par le marché, l'approche en réseau permet une diversification de l'offre de services à condition que le système valorise la compétition entre les acteurs. Selon Demers, Pelchat et Côté (2002), c'est le modèle hiérarchique qui reflète le mieux le modèle québécois depuis le milieu des années 1990 (Demers, Pelchat et Côté, 2002 : 552). Force est de constater par ailleurs que le manque de cohésion globale et la compartimentation des services du mode de gouverne hiérarchique devait faire place à une gestion réseau qui valorise le rapprochement interorganisationnel par l'intégration. À notre avis, le concept de réseau dans son sens structurel revêt une dimension administrative de rapprochement organisationnel favorable à une analyse des rapports interorganisationnels.

1.6.1.2. Travail réseau en santé mentale

Dans son application pratique, le travail en réseau est une modalité de structuration des relations entre les acteurs. Il implique une dimension virtuelle qui regroupe plusieurs acteurs dans un processus d'intégration autour d'une coordination commune face aux différents besoins des personnes ayant des problèmes majeurs de santé mentale. Le travail en réseau représente un ensemble de services de soutien, de traitement et de réadaptation variés et continus offerts par un ensemble d'organisations coordonnant leurs actions (MSSS, 2002a :11). La coopération, nécessaire au travail en réseau, peut donc être structurée ou balisée par certaines règles ou normes facilitant les relations, mais peut difficilement être garante d'un résultat. À notre avis, le travail en réseau doit être perçu comme un moyen d'atteindre les objectifs d'amélioration des services aux personnes dans le contexte actuel et non comme une finalité reliée à l'intégration.

1.6.2. Intégration

Intégration est certainement le concept le plus difficile à saisir, à définir et à utiliser convenablement car il revêt de multiples significations pour les différents acteurs et est porteur d'une diversité d'enjeux concernant les rapports interorganisationnels. Pour certains groupes communautaires, le sens d'intégration semble se rapprocher davantage d'une forme d'institutionnalisation alors que les documents ministériels conçoivent plutôt l'intégration comme la rationalisation de l'offre des services et la coordination des acteurs sur un territoire donné (Fleury et Ouadahi, 2002). Les objectifs derrière l'intégration des services visent l'amélioration de l'efficacité du système, l'absence de doublons de services et ultimement une meilleure qualité dans les services.

Le concept d'intégration des services se divise en deux modèles distincts, soit l'intégration verticale, impliquant une gestion hiérarchique sous une coordination unique et l'intégration virtuelle impliquant une participation de tous les acteurs au processus d'intégration en vue d'une coordination commune (MSSS, 2002a :14). Le modèle priorisé dans la transformation actuelle du système québécois, le modèle virtuel, implique deux types d'intégration soit fonctionnelle et clinique. L'intégration fonctionnelle - ou administrative - correspond aux mécanismes et stratégies de gestion au niveau du fonctionnement du système, c'est-à-dire la mise en réseau des organisations.

L'intégration clinique quant à elle, vise la « création d'une équipe multidisciplinaire d'intervenants qui travaillent dans différentes organisations » (MSSS, 2002a :15). L'intégration fonctionnelle s'apparente à la gestion en réseau alors que l'intégration clinique se rapporte davantage au travail en réseau.

Dans le même ordre d'idées, il importe de départager l'intégration des services et l'intégration des organisations. L'intégration des services correspond à une gamme complète de services accessibles et coordonnés de façon continue entre divers acteurs offrant des services. Elle s'apparente aux notions d'accessibilité et de continuité des soins et des interventions et elle se situe davantage au niveau clinique qu'au niveau des structures. Dans un article réflexif sur ces deux niveaux d'intégration, Demers, Dupuis et Poirier (2002) empruntent cette définition de l'intégration organisationnelle : « mettre sur pied des mécanismes formalisés de gouverne et de gestion destinés à transformer un amalgame d'organisations en un système organisé de production de services. » (Shortell et al, 2000 dans Demers, Dupuis et Poirier, 2002 : 75) L'intégration des organisations se concrétise à un niveau plus macro que l'intégration des services. En référence à la gouverne réseau, l'intégration organisationnelle permet de décroïsonner les organisations et ainsi, éviter la fragmentation et le manque de cohésion dans les services. Donc, l'intégration des organisations en une structure holistique cohérente est en quelque sorte un préalable à l'intégration des services qui en serait une composante.

Puisque dans notre recherche, les rapports entre les acteurs sont abordés sous l'angle organisationnel plutôt que relationnel ou professionnel, l'intégration organisationnelle entre les établissements publics et les organismes communautaires nous intéresse davantage que l'intégration clinique.

1.6.3. Local

Le caractère local réfère à la configuration territoriale et géographique définie où se réalise l'intégration organisationnelle. Les réformes passées s'appliquaient plutôt à des lieux vastes et régionaux dans lesquelles les termes décentralisation et régionalisation servaient de stratégies administratives de coordination et de contrôle des Régies sur les

ressources humaines et matérielles sur un territoire géographique (White, 1993). La coordination des services est désormais effectuée par une instance locale, soit les CSSS, qui développent le réseau et assurent l'intégration des services sur le territoire. À titre d'exemple, l'ADRLSSSS de Montréal reconfigure l'Île en douze territoires⁵ locaux sous la coordination des CSSS, appelés des réseaux locaux de services. Le local réfère donc à un lieu délimité, à un territoire administratif où sera appliqué le projet organisationnel et clinique.

1.6.4. Acteur

Un acteur est perçu comme une personne, un groupe de personnes ou une organisation ayant la capacité de réagir de manière spécifique à l'annonce d'un changement (Crozier et Friedberg, 1992). Un organisme peut être acteur « par sa simple appartenance au contexte d'action étudié dans la mesure où son comportement contribue à structurer ce contexte. » (Friedberg, 1994 : 136) L'acteur « capable de choix, c'est-à-dire d'une rationalité et d'un calcul » (Friedberg, 1994 : 136) démontre sa capacité d'action, essentiel à un positionnement stratégique.

1.6.5. Rapport dynamique

La transformation actuelle des services, qui implique un rapprochement mutuel des organisations dans un modèle réseau, s'inscrit à notre avis, dans une « dynamique permanente d'élaboration de compromis » (Gagné et Dorvil, 1994 : 74). Les notions de coopération conflictuelle (Panet-Raymond et Bourque, 1991, Lamoureux, 1994), de participation contradictoire (Maclouf, 1985 dans Billette, White et Mercier, 1995) et d'articulation paradoxale (Lamoureux, 1994) pour qualifier les relations entre les acteurs publics et communautaires démontrent le caractère conflictuel de leurs rapports interorganisationnels. Selon Billette, White et Mercier (1995), c'est en concevant les rapports entre les organisations comme des rapports de force que nous pouvons analyser

⁵ Les termes territoire ou site s'appliquent tous deux pour qualifier le local.

les relations d'échange et de pouvoir en termes de rapports dynamiques. Le caractère dynamique renvoie au concept de processus qui inclut les rapports dans une perspective temporelle évolutive. Les réseaux locaux se présentent alors comme empreints d'une dynamique de régulation (sociale, politique et administrative) et de restructuration des rapports entre les acteurs publics et communautaires. Le processus d'intégration observé dans cette étude se réalise à travers le processus d'implantation du réseau local de services.

1.6.7. Suivi communautaire

La distinction entre le soutien communautaire, le suivi alternatif communautaire, le soutien d'intensité variable, le soutien au logement et le suivi intensif, tant dans les écrits que dans la pratique, reste à établir. Le soutien d'intensité variable est le terme utilisé par le MSSS⁶ pour qualifier la pratique du suivi communautaire. Cette pratique, qui inclut le suivi alternatif communautaire, est reconnue et identifiée comme faisant partie des services prioritaires du gouvernement. Jusqu'à maintenant, les critères de définition et de distinction de cette pratique concernent principalement la fréquence des rencontres, les lieux des rencontres et les ratio intervenants/clients.

⁶ Notamment utilisé dans le *Plan d'action 2005-2010. La force des liens, 2005.*

CHAPITRE II

PROBLEMATIQUE, QUESTIONS ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

Devant le constat maintes fois répété que les services sociaux et de santé sont fragmentés et qu'ils affichent un manque de continuité et de concertation, le système se modifie vers un fonctionnement en réseau. L'intégration des services s'impose donc comme la solution pour contrer le cloisonnement organisationnel. La nouvelle tendance que représente les réseaux intégrés de soins et de services mise beaucoup sur la concertation, la confiance et l'interdépendance entre les acteurs du réseau. Cette amélioration des rapports entre les organisations, au profit de la personne, des services qui lui sont offerts et ultimement du système en entier est-elle réellement possible ? Considérant l'historique de rapport de force entre les acteurs communautaires et publics et la complémentarité interorganisationnelle et interprofessionnelle que nécessite le développement des réseaux de services, nous sommes à même de nous questionner sur le déroulement de l'intégration des organismes communautaires. En effet, les relations entre les acteurs communautaires et institutionnels comportent des dimensions importantes tels la culture organisationnelle et professionnelle ainsi que les rapports de pouvoir inhérents à toute dynamique relationnelle. Ces dimensions ne semblent pas directement étudiées ou même prises en compte dans la documentation sur les réseaux de services. Elles revêtent pourtant une grande importance selon notre point de vue et les ignorer reviendrait à nier la présence d'une dynamique relationnelle nécessaire à la négociation et à la coopération⁷ dans l'intégration organisationnelle.

Vincent Lemieux, dans *Le système de santé au Québec. Organisation acteurs et enjeux* (2003), relève différents types d'alliances entre les acteurs dans l'élaboration des

⁷ Pour Crozier et Friedberg (1992 : 66), le pouvoir est une relation d'échange et donc de négociation entre au moins deux acteurs. Ce qui implique une dimension relationnelle, même dans les rapports organisationnels.

politiques publiques⁸. Dans une optique de régulation, l'alliance communautaire serait composée des « CLSC et de groupes gravitant autour d'eux » et favoriserait la « polyarchie à la hiérarchie » (Lemieux, 2003 : 123), c'est-à-dire la répartition des pouvoirs plutôt que leur concentration en une seule instance. La place du milieu communautaire dans cette perspective semble mince car il ne fait pas officiellement partie du système de santé. Il n'est pas considéré comme un membre participant, mais plutôt comme un complément du réseau. Pourtant, avec les réseaux de services qui sont en élaboration, n'existe-t-il pas désormais une nouvelle alliance impliquant le milieu communautaire et les établissements de santé ? Si tel est le cas, comment la définir ? Les rôles et responsabilités des acteurs communautaires sont en redéfinition dans la construction des réseaux locaux en santé mentale, tout comme les rapports de ces derniers avec les acteurs publics. Est-ce la naissance d'une nouvelle culture d'équipe autour d'une vision commune d'un réseau de services – ce que valorise les promoteurs des projets cliniques – ou un rapprochement toléré de deux entités aux visions et pratiques différentes ?

2.1. Critiques du modèle et appréhensions

Denis Bourque (2004) relève une double tendance dans les rapports entre communautaire et réseau public qui relève bien le caractère manichéen des relations. D'un côté, on retrouve le communautaire en tant qu'acteur local de la reconfiguration des services et de l'autre, le communautaire instrumental au service de la gestion technocratique des services de santé. L'ensemble des critiques relevées sur le modèle des réseaux locaux de services intégrés et présentées ci-après se rapporte à cette double tendance.

Premièrement, concernant le communautaire en tant qu'acteur local, on note que depuis 2000, plusieurs groupes du milieu communautaire (RIOCM, TRPOCB), du mouvement alternatif (RACOR en santé mentale, RRASMQ, Coalition solidarité santé, Collectif action autonomie, ARACSM du Saguenay Lac Saint-Jean, AGIDD-SMQ), du milieu

⁸ Notamment, les alliances politiques (libérale et péquiste), administrative, médicale, industrielle et communautaire.

syndical (CSN) ainsi que certains auteurs (Bourque, 2004, Fournier, 2005, Perron, 2005) ont manifesté leurs appréhensions face aux modifications dans le système de santé et de services sociaux.

D'une part, les groupes craignent la dénaturation de la mission de l'action communautaire – protégée par la Politique de reconnaissance de 2001 – et le fait d'être relégué à des « fournisseurs de services » (Bourque, 2004 : 13) complémentaires au réseau institutionnel. Ils soulèvent donc les risques de standardisation des pratiques induites par l'intégration des organismes communautaires dans les réseaux. D'autre part, leur lecture des enjeux concernant leur participation aux RLSI soulève des questionnements, notamment sur la continuité de leur financement et sur la possible compétition entre les groupes pour obtenir ce financement. Ils relèvent la fragilisation de l'autonomie dans l'éventualité de l'effritement de l'enveloppe PSOC et de son remplacement progressif par une augmentation du financement par des ententes de services. De plus, leurs critiques dénoncent le rôle réducteur de leur contribution à la santé des populations sans égard à leur fonction sociale et le désengagement de l'État par le passage de services publics de santé à la privatisation et à la communautarisation. Ce qui, en d'autres mots, concernent l'identité et l'autonomie des groupes communautaires.

En ce qui a trait aux documents et législations qui balisent la réforme, nous relevons que le principe de hiérarchisation des services comporte des enjeux importants pour les rapports avec le milieu communautaire. La loi 25 place les CSSS en position de coordination des modalités de services, et par le fait même, de contrôle de la qualité des services sur leur territoire. Selon Denis Bourque (2004), le recours aux ententes de services vient transformer les dimensions reliées à l'évaluation et au financement dans les rapports interétablissements, mais aussi entre les établissements publics et les organismes communautaires. Ces rapports de type contractuels et hiérarchiques placent les établissements en position de pouvoir sur les organismes concernant le financement, la reddition de compte et le contrôle de la qualité des services (Bourque, 2004).

De plus, le partage de la responsabilité populationnelle par les différents dispensateurs de services d'un même territoire, qu'ils soient du secteur privé, du secteur de l'économie sociale ou du milieu communautaire, interroge la notion de partenariat. Certains croient

que la responsabilité de coordination et de contrôle de qualité des services par les CSSS, sans obligation d'une dispensation par les services publics, représente une forme de glissement vers la privatisation et la communautarisation (Matte et al., 2004 dans Richard, 2005 : 57). Que l'ensemble des organisations impliquées dans la dispensation des services aux personnes soient désormais responsables de la santé des populations comme partie du réseau indique-t-il une volonté de coordination interorganisationnelle ou un délestage des responsabilités de l'État ? Selon Bourque (2004), le modèle d'organisation en réseau, avec le recours croissant aux ententes de services, aura pour effet de placer les organismes dans une approche administrative qui risque d'augmenter la compétition entre les acteurs. L'identité communautaire transitera d'un rôle d'acteur social à un rôle de fournisseur de services (Bourque, 2004 : 19). À ce titre, la responsabilité populationnelle apparaît davantage comme une délégation plutôt que comme un partage. L'accent étant mis sur l'efficacité et la rentabilité sociale, davantage de contraintes semblent imposées aux organismes. L'intégration des services situerait donc les organismes communautaires dans une logique complémentariste⁹ de services face au gouvernement (Duval et al., 2005).

Concernant les projets cliniques et organisationnels censés guider la reconfiguration des services, certains sont d'avis qu'ils représentent davantage des plans d'affaire que des plans d'organisation (Fournier, 2005). D'autres considèrent que ces projets possèdent un « ancrage épistémologique néopositiviste » avec leur recours abusif aux données probantes à des fins de contrôle des pratiques par des outils d'évaluation et de planification (Carrier, Dumas-Laverdière et Gagnon, 2005 : 186). Les réseaux de services intégrés tendent effectivement vers un modèle *evidence based*, c'est-à-dire un modèle basé sur les données probantes provenant soit des pratiques exemplaires (*best practice*) ou des consensus d'experts pour guider les transformations dans le système (Fleury, 2002). Cette tendance a donné naissance à un courant de pensée d'influence managérielle que l'on appelle la nouvelle gestion publique. À notre avis, il semble difficile d'implanter un modèle de façon vérifiable empiriquement lorsque l'ensemble de la réforme repose sur la concertation volontaire entre les acteurs.

⁹ Ces auteurs utilisent un modèle présentant deux logiques d'action opposées concernant l'orientation des organismes communautaires dans leurs rapports avec l'État soit les logiques complémentariste et autonomiste. Ces notions sont abordés plus en détails dans le chapitre III.

Il est depuis longtemps établi que les visions, cultures et manières de faire des acteurs communautaire et institutionnel relèvent de logiques différentes. Les modes d'évaluation et les critères de réussite devraient donc l'être également. Les critères d'évaluation des déterminants en santé physique et en santé mentale ne répondent assurément pas aux mêmes logiques¹⁰. Avec le modèle réseau et la mise en concertation des acteurs, les critères de succès deviennent intangibles, ce qui justifie l'importance d'étudier les processus autant que les résultats.

Avec les modifications structurelles apportées au secteur de la santé et des services sociaux, il est clair que les organismes communautaires invités à intégrer la nouvelle structure en réseau doivent redéfinir leur position et juger des avantages de l'intégration. Dans ce nouveau contexte, il se crée une zone floue dans l'interface des rapports interorganisationnels et interprofessionnels des acteurs communautaires et institutionnels relevant du paradoxe (Bourque, 2004). Certaines pratiques communautaires peuvent être plus ou moins à risque de standardisation, dépendamment de la nécessité, de la fréquence et de la proximité de leurs échanges avec le milieu institutionnel. Les modèles de pratique qui sont reconnus comparables aux modèles institutionnels seront-ils protégés dû au fait qu'ils peuvent s'inscrire dans les priorités gouvernementales, ou seront-ils plutôt davantage à risque de comparaison et de compétition ?

Ce qui attire notre attention dans ce mémoire se situe au niveau des rapports interorganisationnels dans l'intégration locale des organismes communautaires en santé mentale, particulièrement dans les services de suivi communautaire à l'intérieur de la reconfiguration des services. Cherchant à connaître quel nouveau mode organisationnel entraînera l'approche des réseaux locaux et l'intégration des services pour le suivi communautaire, nous centrerons donc notre analyse sur les relations entre un organisme et les établissements du CSSS sur un territoire donné pendant le processus d'implantation du projet clinique.

¹⁰ Par exemple, le nombre de chirurgies réalisées sur une base trimestrielle se comptabilise plus réalistement que l'atteinte de l'appropriation du pouvoir ou encore la mesure de la cohésion sociale sur la même période. De même, la qualité d'un réseau social comme déterminant de la santé mentale ne se limite pas au nombre de personnes fréquentées.

L'approche dans une perspective organisationnelle s'intéressant aux processus d'intégration du communautaire est tout à fait nouvelle dans le contexte des réseaux locaux de services. De plus, il nous semble pertinent de réaliser une étude qui touche les rapports entre ces acteurs sous un angle autre que celui du partenariat, maintes fois revisité au cours des dernières années.

2.2. Questions et objectifs de recherche

L'intérêt de cette recherche se justifie par l'importance de mieux saisir les dynamiques en élaboration entre deux acteurs aux intérêts divergents dans le contexte actuel de transformations organisationnelles. Le problème qui nous préoccupe réside dans l'intégration des organismes offrant le suivi alternatif communautaire aux programmes spécifiques de santé mentale des réseaux locaux de services. Comment se structure cette intégration ? Comment se déroule l'intégration à travers le processus de mise en place des projets organisationnel et clinique ? Quelle est la dynamique du processus ? Quelles sont les stratégies utilisées par les acteurs dans le processus contribuant à la redéfinition des rapports ? Quelles en sont les nouvelles normes, exigences et finalités ?

L'objectif général de ce projet de recherche consiste à explorer et à mieux comprendre l'intégration d'un organisme de suivi alternatif communautaire en santé mentale¹¹ face aux établissements du réseau public sur un territoire donné de l'Île de Montréal dans le processus d'implantation des réseaux locaux de services intégrés. De façon plus spécifique, cette étude vise à :

- 1) cerner le contexte local dans lequel se déroule la planification (début d'intégration) à partir des acteurs en présence, des variables contextuelles et des modalités organisationnelles;
- 2) effectuer une analyse stratégique (établissement de nouvelles normes, stratégies des acteurs, rapports de pouvoir) de l'expérience d'intégration partenariale dans

¹¹ Que nous appellerons ci après l'organisme.

l'organisation administrative et pratique du suivi communautaire à travers l'expérience vécue de l'organisme face aux établissements au plan local.

Notre position repose sur la vision que les réseaux locaux de services offrent des possibilités de renouvellement des rapports à travers les compromis entre établissements publics et organismes communautaires. Les rapports sont perçus au départ comme empreints d'une dynamique constante de tensions, d'affrontements et de négociations relevant de la coopération conflictuelle. Bien que nous considérons le risque que l'intégration réduise la marge de manœuvre des organismes, ces derniers peuvent négocier des terrains d'entente et élargir leur capacité d'action à travers l'élaboration de nouveaux compromis sociaux.

CHAPITRE III

ETAT DES CONNAISSANCES SUR LA QUESTION DES RAPPORTS

Suite aux rapports Harnois (1987) et Rochon (1988), à l'adoption de la *Politique sur la santé mentale* (1989), à la réforme Côté (1990) et à la reconnaissance progressive du milieu communautaire comme partenaire dans l'organisation, la planification et l'orientation des services de santé et services sociaux, plusieurs auteurs se sont intéressés aux relations qu'entretiennent les organismes communautaires avec les acteurs institutionnels. Les termes collaboration, concertation et arrimage se sont succédés durant les années 1970 et 1980 pour faire place au concept de partenariat au début des années 1990. Rappelons que le partenariat aurait été le paradigme dominant pendant plus d'une décennie. Il fut critiqué et remis en question après quelques expériences jugées infructueuses pour être remplacé par la notion de complémentarité vers la fin des années 1990. Au tournant des années 2000, l'ère de la proximité et la génération de l'action communautaire autonome¹² apportent de nouveaux termes plus neutres, soit ceux d'interface et de frontière, mais les rapports demeurent flous et imprécis. Avec l'arrivée de l'ère des réseaux (Turgeon, 1999 dans Lemieux, 2003) et la dimension locale de la gestion des services, les termes d'entente de gestion et d'entente de services font partie du lexique courant et les rapports sont redéfinis par la notion d'intégration de services (Fleury, 2002 : 8). L'implantation relativement récente des réseaux locaux de services apporte des modifications importantes à la structure du système, le rendant propice à l'étude des nouveaux rapports.

Les études, recherches et articles sélectionnés pour ce mémoire proviennent d'une recension des écrits majoritairement québécois portant sur les rapports entre le

¹² Le terme est proposé par Deslauriers (2003 : 12) dans une nomenclature sur les grandes générations de groupes communautaires.

communautaire et le réseau public, notamment sur la question du partenariat au cours des années 1990. Cette recension est loin d'être exhaustive et ne couvre qu'une partie de ce qui a été produit sur la question des rapports et des réseaux locaux de services. Nous avons choisi de présenter seulement les travaux qui, à notre avis, éclairaient notre objet d'étude, apportant un éclairage complémentaire aux travaux, recherches et réflexions d'auteurs présentés dans les chapitres précédents.

3.1. État des connaissances sur les relations entre communautaire et institutionnel

On relève plusieurs façons de catégoriser les différents écrits sur les rapports entre l'acteur communautaire et l'acteur institutionnel dans le portrait québécois. Denis Bourque (2003) en dresse un portrait dans un essai sur la typologie du partenariat. En fonction de trois critères : le palier d'actualisation du partenariat, le statut des acteurs impliqués et les objets du partenariat, il regroupe les recherches selon deux niveaux de partenariat soit, le partenariat État/communautaire et le partenariat réseau public/communautaire. À travers cette nomenclature, on retrouve quatre types de partenariat : 1) le partenariat État/communautaire de type politique (palier national) ; 2) le partenariat entre le réseau public et le communautaire de type planification - orientation (palier régional) et le partenariat réseau public/communautaire opérationnel (palier régional, sous-régional ou local) se divisant en partenariat 3) opérationnel par programme et 4) opérationnel par territoire. Selon Bourque, il existe un véritable courant théorique sur la question du partenariat soutenant la thèse de la coopération conflictuelle, particulièrement au niveau du partenariat État/communautaire. Dans cette perspective, le partenariat est perçu comme une « condition structurante de l'instauration de nouveaux rapports entre l'État et les organismes communautaires issues de la société civile et d'un nouveau type de gestion étatique du social » (Bourque, 2003 :38) Sa conception rejoint la vision plutôt structurale du partenariat selon Landry (1994, dans René et Gervais, 2001 : 21) dans laquelle les relations sont perçues comme structurées et formalisées entre des acteurs organisés. Pourtant, toujours selon Bourque, le partenariat opérationnel dans les relations réseau public/communautaire ne trouverait pas le même appui dans une logique de coopération conflictuelle. À ce niveau, c'est-à-dire au niveau des expériences terrain, il

avance que le rôle et la conduite des acteurs ainsi que les conditions d'institutionnalisation des pratiques doivent primer dans l'analyse des rapports.

Sans nous attarder à redéfinir le concept de partenariat¹³, nous adhérons à l'idée de Savard, Turcotte et Beaudoin (2004) d'une division entre une conception normative du partenariat et une vision plus structurale des rapports. Bourque dans son *Essai de typologie du partenariat*, définit le partenariat selon la notion de coopération conflictuelle de cette façon : « mode de relation basée sur la collaboration critique et comme stratégie souple qui implique la création d'alliance lorsque cela est possible, et le recours au conflit lorsque requis pour augmenter le pouvoir d'influence » (Bourque, 2003 : 9) Cette définition résume bien à notre avis la conception normative du partenariat qui est davantage portée vers l'action que vers les structures (Billette, White et Mercier, 1995) Par ailleurs, la vision plus structurale des rapports peut être définie comme « une relation d'échange structurée et durable entre, d'une part, un ou des organismes communautaires (ou regroupements d'o.c) et d'autre part, une ou des composantes du réseau public (régie ou agence, établissement) engagés dans une démarche convenue entre eux et visant la planification, la réalisation ou l'évaluation d'activités ou de services reliés » (Bourque, 2004 : 84)

Bien qu'influencé par la typologie de Bourque, nous avons opté pour une division plus parcimonieuse répartissant la recension en deux sections. Les recherches qui portent sur le partenariat de type planification et orientation des services, soit dans le cadre de l'élaboration des PROS (RRASMQ, 1991 ; Duperré, 1992 ; White, 1993 ; Lamoureux, 1994, Billette, White et Mercier, 1995) ou dans le cadre de la loi 120 (Proulx, 1997 ; Duval et al., 2005) sont présentées dans un premier temps. Ensuite, nous exposons celles plus régionales et locales, relevant des expériences de partenariat opérationnel entre organismes communautaires et établissements communautaires dans différents secteurs d'activités (Panet-Raymond et Bourque, 1991 ; Clément, Tourigny et Doyon, 1999 ; Savard, Turcotte et Beaudoin, 2004 ; White, Mercier et Roy, 1993).

¹³ Nous en avons recensé près d'une quinzaine depuis l'appel au partenariat de la Politique de santé mentale de 1989.

3.1.1. Recherches sur les rapports dans la planification et orientation des services

Parmi les recherches portant sur la planification et l'orientation des services dans le cadre de l'élaboration des PROS, nous avons retenu la démarche effectuée entre le mouvement alternatif et les régies régionales (ou les CRSSS) réalisée au début des années 1990. Bien que cette expérience de planification régionale se situe dans un cadre beaucoup plus large que notre recherche, elle s'avère plutôt éclairante pour notre réflexion. Par la suite, nous présentons trois autres recherches, soit celle de Billette, White et Mercier (1995) sur les rapports dynamiques dans le partenariat, celle de Jean Proulx (1997) sur les enjeux de la complémentarité avec l'État dans le cadre de la loi 120 et celle de Duval et al. (2005) sur la transformation des pratiques des organismes communautaires dans la réorganisation des services de santé et services sociaux.

3.1.1.1. Recherches portant sur l'expérience de participation des ressources alternatives à l'élaboration des plans régionaux d'organisation de service en santé mentale

Le bilan-synthèse du RRASMQ (1991), l'étude de Martine Duperré (1992) et la recherche de Jocelyne Lamoureux (1994) portent toutes sur la participation des ressources alternatives à l'élaboration des PROS en santé mentale qui ont eu lieu entre 1988 et 1991. C'est pourquoi nous les traiterons ensemble. Tel que mentionné dans le contexte au premier chapitre, l'expérience de participation des ressources alternatives à l'élaboration des PROS a mis en lumière plusieurs difficultés rencontrées dans ses démarches régionales de concertation. Le bilan-synthèse du RRASMQ au titre évocateur, *Le choc des cultures*, fait état de certains constats qui démontrent « le choc brutal de deux cultures » (Guay, 1991 : 50) Plusieurs critiques de la part des organismes ont été effectuées concernant le processus du tripartisme et ont été identifiées comme des obstacles (RRASMQ, 1991). Entre autres, on indique que 1) les Conseils régionaux (CRSSS) imposaient une méthodologie de travail inadéquate, que 2) le processus manquait de pédagogie participative ne permettant pas aux personnes usagères de prendre place à la planification des services et on note aussi 3) l'absence de débats de fond sur les pratiques en faveur de la logique du consensus en ce qui a trait au processus de prise de décision.

Au niveau des gains obtenus par les organismes communautaires mentionnés par ces recherches, notons 1) la reconnaissance de leur existence et la légitimité de leur travail, 2) le début d'une remise en question de la culture hospitalo-médico-psychiatrique, 3) le développement d'une conception plus dynamique de la communauté et par le fait même des rapports avec les établissements (Guay, 1991 : 53) Pour en arriver à ces gains, les stratégies utilisées par les acteurs communautaires ont été 1) d'utiliser au maximum l'interprétation de la politique de santé mentale à leur avantage, 2) d'utiliser stratégiquement les mots dans les négociations (axer sur le communautaire par rapport à l'alternatif), 3) d'insister sur les principes et orientations de base des PROS et 4) de s'assurer de faire connaître et de se positionner comme partenaires dans tous les volets des services (RRASMQ, 1991, Lamoureux, 1994)

Duperré pour sa part, a réalisé une étude sur le partenariat entre groupes communautaires et établissements publics dans le cadre du processus de planification des services de santé mentale dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean en 1991. Elle relève particulièrement l'écart entre les discours de l'acteur institutionnel et l'expérience de partenariat vécue et place la notion d'identité culturelle au centre du débat sur la question des rapports. Comme critique envers le processus, elle relève 1) la difficulté des technocrates régionaux de mettre en application le discours gouvernemental du MSSS, 2) le caractère expéditif des démarches ainsi que 3) la désinformation concernant les contrats de services. Ces contrats étaient perçus comme ne respectant pas la spécificité et l'autonomie des groupes. L'auteure note également l'importance des dispositions humaines et professionnelles des personnes impliquées comme ayant eu une influence sur les activités de collaboration.

Ces démarches de recherche concernant l'élaboration des PROS semblent pertinentes pour notre réflexion car les RLS ressemblent beaucoup aux PROS au niveau de la philosophie de rapprochement des acteurs et de la structure bien que leur opérationnalisation s'effectue au plan local. Le caractère local de la réforme¹⁴ nous oblige

¹⁴ Comme Deena White (1993), nous considérons le concept de réforme comme une réorganisation sociale, politique ou économique impliquant l'intervention de l'État et se situant habituellement dans une sphère d'activité bien délimitée (White, 1993 :78). Dans le cas qui nous intéresse, cette sphère d'activité concerne le champ de la santé mentale dans le contexte actuel des réseaux de services.

désormais à étudier des lieux et des territoires précis pour rendre compte de la réalité. Comme le soulevait Deena White (1993), les réformes passées s'appliquaient plutôt à des lieux vastes et régionaux, dans lesquelles les termes décentralisation et régionalisation servaient de stratégies administratives de coordination et de contrôle des régies sur les ressources humaines et matérielles d'un territoire géographique (White, 1993). Dans le contexte actuel, le découpage territorial des réseaux locaux de services – en territoire urbain du moins - nous permet de regarder et d'analyser des espaces locaux d'action sociale. La structuration locale de l'intégration est particulièrement intéressante car elle vient redéfinir les rapports réseau public/communautaire en tant que processus locaux. Selon Bourque, « le discours sur le partenariat État/communautaire et les conditions d'institutionnalisation favorables au partenariat ne recevraient pas écho sur le terrain » (Bourque, 2003 : 38) ce qui implique d'explorer de nouvelles expériences de collaboration entre les organismes communautaires et les établissements publics.

3.1.1.2. Rapports dynamiques d'un processus partenarial

Dans la même lignée que les recherches sur l'élaboration des PROS, nous pouvons situer les travaux de Billette, White et Mercier (1995) sur les rapports dynamiques du processus partenarial du comité tripartite de la Montérégie dans la planification des services en santé mentale. Ces chercheuses ont élaboré un cadre d'analyse applicable à l'étude de plusieurs cas d'expériences partenariales entre les acteurs institutionnels et communautaires. Inspiré de l'analyse stratégique et des théories de l'action sociale, le partenariat est conçu comme « un modèle d'action dynamique finalisé » (Billette, White et Mercier, 1995 : 18) propice à l'établissement de nouvelles règles, d'où émergent des rapports dynamiques entre les acteurs. À l'image d'un cercle progressif, l'évaluation du partenariat s'est faite en termes de réussite par rapport à la création d'une dynamique démocratique continue au sein d'un espace social, et non en fonction de la rencontre des objectifs et des intentions fixés lors des premières rencontres partenariales. Leur démarche d'analyse pour observer le partenariat se réalise en trois étapes soit par l'identification des conditions dans lesquelles se réalise ce partenariat, par l'exploration des stratégies des acteurs dans ce contexte et par l'analyse des dynamiques émergentes de ces rapports.

Selon leurs conclusions se rapportant à l'expérience partenariale du comité tripartite de la Montérégie, de nouveaux rapports se seraient créés autour d'une dynamique innovatrice favorable au changement. Le partenariat serait favorisé lorsque les acteurs entretiennent des stratégies supportant un certain cloisonnement (défense de ses intérêts), se positionnent sur des orientations mi-centripètes (orientation vers le processus) et mi-centrifuges (orientation vers son milieu d'origine) et lorsqu'ils se sentent engagés dans le processus. Dans le cas étudié, le partenariat aurait été limité par certaines contraintes, dont 1) une définition imprécise des mandats et des rôles des différents acteurs, et 2) par le caractère restreint des liens de la table de concertation avec l'extérieur. Les acteurs se seraient progressivement rapprochés dans leurs échanges, favorisés par un contexte de coopération conflictuelle. Perçu comme un effet du cercle progressif, ce rapprochement des acteurs est vu comme un phénomène qui marque l'évolution lente par laquelle passe tout avancement des connaissances et tout processus de changement (Billette, White et Mercier, 1995 : 100). Leur approche des expériences partenariales, basée sur la présence de rapports de pouvoir inégaux, sur l'établissement de nouvelles règles du jeu et sur l'émergence de nouvelles formes de compromis entre les acteurs, permet de concevoir les rapports interorganisationnels en termes d'action sociale structurée (Billette, White et Mercier, 1995 : 18). Il s'agit, à notre avis, du modèle adoptant la perspective la plus complète pour l'analyse des rapports.

3.1.1.3. Logique technocratique et logique de participation

Une autre recherche menée au Québec sur la question du partenariat entre l'État et les organismes communautaires suite aux modifications apportées par la réforme Côté, est celle de Jean Proulx (1997). Portant sur les notions de complémentarité et d'autonomie des organismes communautaires dans leurs rapports avec les régies régionales, l'auteur avance que même si les acteurs communautaires et institutionnels s'entendent sur les grands principes et objectifs à suivre pour cette réforme, leurs opinions et perceptions sur le rôle des organismes communautaires - particulièrement la marge de manoeuvre de ces derniers - divergent considérablement. Selon Proulx, deux visions s'opposent, soit celle d'une logique technocratique soutenue par les régies régionales partisans de la

complémentarité et celle d'une logique de participation prônée par les organismes qui veulent protéger leur autonomie. Les positions contradictoires des deux acteurs concernant le rôle du communautaire, ont alimenté plusieurs chercheurs dans leurs réflexions sur les rapports État-communautaire¹⁵. Proulx conclut que le compromis dans lequel se situe les acteurs est que « d'un côté, les régies régionales ont accepté de soutenir les organismes communautaires par le biais d'un financement de base, relié à leur mission propre; les organismes communautaires de leur côté ont accepté de s'inscrire, sur une base volontaire, dans un mode de financement complémentaire par programmes-clientèles tel que souhaité par les régies régionales » (Proulx,1997 : 161). Il relève aussi la tendance des régies régionales à étendre leur mode de gestion technocratique aux organismes communautaires, comme si ces derniers faisaient partie du réseau public. Selon lui, les régies régionales auraient de la difficulté à se débarrasser de ce réflexe de planification, héritage du modèle de providence étatique dans lequel tout devait être administré et mesuré de façon aussi précise que possible en fonction des résultats des actions planifiées (Proulx,1997 : 140). La logique technocratique envisagerait la réalité communautaire comme quadrillable et systématique, d'où la volonté de vouloir contrôler la dispensation des services, notamment par l'évaluation et le financement. Selon le raisonnement présenté, l'organisationnel appartiendrait à l'État tandis que la gestion du social, d'ordre plus complexe et non programmable, serait l'apanage du communautaire. Par contre, comme c'est le gouvernement qui fixe les priorités, reconnaît les organismes et par le fait même, les finance, il devient en quelque sorte promoteur du changement.

3.1.1.4. Logique complémentariste et logique autonomiste

Duval, Fontaine, Fournier, Garon et René (2005) présentent, dans un livre sur les pratiques et les enjeux des organismes communautaires au Québec, les résultats et réflexions de leurs travaux basés sur une recherche réalisée entre 1998 et 2001 dans les secteurs femme, jeunesse et famille du Québec. Ces auteurs ont développé un modèle

¹⁵ Notamment le modèle de Duval et al., 2005, est inspiré de cette perspective ainsi que les rapports de recherche antérieurs de cette équipe (René et al., 1997, 2000, 2001; Fournier et al, 2001)

conceptuel¹⁶ exprimant la transformation des pratiques des organismes communautaires dans le contexte de réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux. D'après leurs analyses, les différentes pratiques des organismes communautaires, soit la philosophie et les orientations, l'action et la programmation, le fonctionnement interne, les relations extérieures, l'évaluation et le financement, sont interdépendantes et constituent la dynamique interne des organismes. En lien avec plusieurs variables contextuelles et des variables liées à la dynamique sociosanitaire¹⁷, les auteurs avancent que les pratiques sont sujettes à se transformer en fonction des logiques d'action orientant les pratiques. Inspirée des logiques d'action de Proulx (1997), ils mettent en lien l'intégration des services avec la logique complémentariste alors que la concertation entre les groupes se rapproche de la logique autonomiste. Ces logiques d'action ne reflètent pas une position sur un continuum, mais plutôt une volonté des organismes de s'orienter vers un des deux pôles. Les auteurs émettent l'hypothèse que, dans le contexte de réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux, même dans une optique de coopération conflictuelle, les organismes se formalisent de plus en plus.

Parmi les nombreux enjeux relevés dans ce livre, nous retenons notamment les questions relatives au financement, à l'autonomie, à la formalisation et à l'évaluation. Appuyés par leurs résultats, ils avancent qu'« un financement de base stable et récurrent augmente la capacité d'action des groupes et favorise le maintien des attributs de l'approche prônée par le mouvement communautaire, outre qu'elle contribue à la rétention du personnel » (Duval et al., 2005 : 147) De plus, selon eux, le financement par programmes menacerait l'autonomie et à la spécificité des organismes ainsi qu'à la continuité des pratiques. La réforme Côté, avec son processus de régionalisation, aurait augmenté les interactions entre les acteurs communautaires et les établissements publics, permettant ainsi d'augmenter l'intégration des organismes communautaires dans les structures de planification et d'organisation des services. Ceci aurait du même coup engendré une formalisation dans les différentes pratiques des organismes, en orientant plusieurs dans une logique de complémentarité. Dans le rapport de recherche de René et al. (2001)

¹⁶ Les résultats de recherche présentés dans le livre de Duval et al., 2005, recoupe les travaux de René et al. 2001 et Fournier et al. 2001 sur les transformations des pratiques des organismes communautaires avec leur modèle présentant deux logiques d'action contraires (logiques autonomiste et complémentariste).

¹⁷ Ces variables rappellent les conditions d'action de Billette, White et Mercier, 1995.

portant sur la même étude que Duval et al., on indique que : « dans le contexte où une plus grande complémentarité est recherchée entre le réseau et les organismes communautaires, ces derniers anticipent que les procédures et critères d'évaluation uniformisés s'imposent au détriment de leur propres expertise et manière de faire autrement » (René et al., 2001 : 160) Ceci exprime bien la tendance de formalisation des organismes dans leur pratiques. En regard des enjeux liés à l'évaluation, René et al. indiquent que « respecter l'autonomie des organismes, c'est prendre en considération qu'ils ont des pratiques d'évaluation bien ancrées dans leur us et coutumes, pratiques qui risquent de se perdre à force d'être soumises aux pressions extérieures des bailleurs de fonds » (René et al., 2001 : 208) Duval et al. notent également que les alliances communautaires avec les diverses formes de Regroupement représentent un des moyens qui protègent le mieux les organismes d'une trop grande menace à l'autonomie.

3.1.2. Recherches sur les rapports entre organismes communautaires et établissements publics

Au Québec, les recherches sur les expériences de relations entre les organismes communautaires et les établissements du réseau public ont été réalisées auprès d'une clientèle quelconque (ex : personnes âgées), dans le cadre de programme spécifique (ex : prévention des mauvais traitements envers les enfants) ou encore reliées à une problématique (ex : santé mentale). Les cinq recherches présentées démontrent la variabilité des rapports entre les acteurs.

3.1.2.1. Partenariat et pater-nariat

À l'orée de la réforme Côté, la recherche de Panet-Raymond et Bourque (1991), portant sur l'étude de dix-neuf (19) collaborations entre établissements publics (CLSC) et organismes communautaires oeuvrant auprès des personnes âgées, est la première recherche terrain à caractériser les rapports entre le communautaire et l'institutionnel dans ce nouveau contexte. Ces auteurs font ressortir deux types de rapports se situant aux pôles

d'un continuum de relations, soit : le partenariat réel et le pater-nariat. Le partenariat réel, défini comme « un rapport égalitaire entre deux parties différentes » ayant des « contributions différentes » basées sur le « respect et la reconnaissance mutuelle des contributions et des parties impliquées dans un rapport d'interdépendance » (Panet-Raymond et Bourque, 1991 : 65). Dans ce modèle, l'organisme conserve une grande autonomie par rapport au CLSC concernant sa crédibilité, sa permanence et son financement. Dans ses rapports, le CLSC considère l'organisme comme un atout et une force et non comme une ressource utilisable à ses fins. Tandis que le pater-nariat est un « rapport inégalitaire entre des parties différentes et inégales » où les parties peuvent avoir des « contributions différentes et parfois même jugées essentielles » (Panet-Raymond et Bourque, 1991 : 66). À ce pôle, le CLSC considère l'organisme seulement si ce dernier répond aux besoins du réseau. Il s'agit donc d'un « rapport utilitaire » défini par l'établissement qui « sous traite ou déverse une partie de ses responsabilités » et place l'organisme en situation de dépendance (Panet-Raymond et Bourque, 1991 : 66).

Bien que leur modèle puisse paraître simpliste, il démontre bien la dichotomie des relations possibles et renferme plusieurs constats intéressants éclairant et balisant les rapports entre les parties. Parmi les facteurs organisationnels, professionnels et humains caractérisant le modèle de collaboration, soulignons 1) la formalisation de la collaboration par un protocole signé; 2) un suivi des ententes de collaboration et des voies souples et rapides pour se réajuster impliquant des mécanismes concrets (ex : réunion d'équipe, rencontre statutaire d'évaluation); 3) la présence d'une personne-ressource (ex : une intervenante communautaire dans ce cas) et 4) que les collaborations puissent provenir d'une table de concertation représentant les organisations plutôt que d'être négociées entre l'organisme et l'établissement. Ces facteurs nous semblent éclairants sur deux points que nous pouvons mettre en lien avec l'approche des réseaux intégrés. Notamment, le fait qu'une formalisation des rapports peut constituer un élément favorable au partenariat. De ce fait, les parties sont mieux à même de connaître les rôles et responsabilités de chacun et l'entente formalisante à un effet structurant sur les rapports. Et également, le fait que la représentation en regroupement (ou en association autour d'une table de concertation) est une bonne stratégie afin d'éviter le débalancement du pouvoir en faveur du pater-nariat.

3.1.2.2. Expérience de partenariat dans le cadre d'un programme de prévention des mauvais traitements envers les enfants

Une autre recherche, basée celle-ci sur une expérience unique de partenariat entre un organisme communautaire et un CLSC, a été réalisée au milieu des années 1990 dans le cadre d'un programme de prévention des mauvais traitements envers les enfants (Clément, Tourigny et Doyon, 1999). Dans ce cas, le programme de prévention est un élément extérieur autour duquel se réunissent les organisations en vue d'un partenariat opérationnel. Les auteurs concluent que l'expérience fut un échec partenarial, attribuable à des facteurs humains et organisationnels. Parmi les facteurs humains ou professionnels ayant favorisé le partenariat, les auteurs identifient notamment : des attitudes favorables face au partenariat, la présence d'une personne pouvant jouer un rôle d'intermédiaire, le respect mutuel et la reconnaissance des expertises réciproques ainsi que l'établissement de rapports équitables entre partenaires. Ils identifient également des culturelles organisationnelles différentes concernant la mission et les obligations législatives et des conceptions et perceptions différentes du partenariat comme des facteurs humains ayant eu une influence sur le processus.

Concernant les facteurs organisationnels identifiés comme obstacles au partenariat, on relève l'absence d'une entente formelle écrite entre les parties dès le début du partenariat, l'absence d'une stratégie commune de gestion des difficultés rencontrées ainsi que la présence d'un jeu de pouvoir entre les acteurs relativement à la gestion du budget du programme. Durant le processus, on retient que c'est la désignation d'une des organisations par le bailleur de fonds (régie régionale) en raison de règles d'attribution des subventions, qui serait venu modifier la dynamique du partenariat. Ceci aurait occasionné des inégalités, créé des problèmes de rôle et accentué le jeu de pouvoir entre les acteurs.

3.1.2.3. Analyse stratégique dans le secteur de l'enfance, famille et jeunesse

Savard, Turcotte et Beaudoin ont mené une recherche qui porte sur la collaboration interorganisationnelle entre les organismes communautaires et les établissements publics dans le secteur de l'enfance, famille et jeunesse. Les auteurs ont réalisé vingt quatre entrevues individuelles semi-dirigées auprès de douze gestionnaires d'organismes communautaires et douze gestionnaires d'établissements publics de la région de l'Abitibi-Témiscamingue entre 1998 et 2000. Dans le but de mieux connaître la participation des différentes organisations à des activités nécessitant un partenariat et les enjeux inhérents à ces collaborations, ils ont effectué une analyse stratégique des relations entre les acteurs. En référence à certains chercheurs ayant écrit sur la question¹⁸, ces auteurs avancent que l'on peut regrouper les activités de partenariat en cinq grandes catégories. La participation à des tables de concertation; le soutien professionnel et matériel, les ententes formelles de collaboration, la gestion de projets conjoints et la collaboration dans les activités quotidiennes (ex : la référence de clientèle) représentent les formes de rapprochements interorganisationnelles analysées.

Leurs résultats identifient les facilités et les contraintes des différents acteurs ainsi que les enjeux du partenariat pour chacun. Sommairement, nous retenons que du côté des organismes communautaires, la flexibilité et la capacité à s'adapter aux nouveaux besoins de la communauté, le faible coût de leurs services en comparaison à ceux des établissements publics ainsi que l'importance du réseau d'information communautaire, représentent des éléments favorables à un positionnement stratégique. Tandis que le manque de solidarité avec les établissements publics, le climat de compétition et de méfiance ainsi que la précarité financière des organismes communautaires, nuisant souvent à la continuité dans la participation aux mécanismes de concertation, sont identifiés comme des contraintes pour les organismes communautaires. Du côté des établissements, mentionnons qu'au niveau des contraintes, les auteurs relèvent la dépendance des établissements à la contribution des organismes communautaires afin de répondre à l'augmentation des demandes, ce qui place les acteurs dans des situations de compromis constant. Parmi les enjeux du partenariat révélés par l'analyse stratégique, les auteurs mentionnent la recherche d'une stabilité financière tout en préservant leur

¹⁸ Notamment Dumais (1991), Lamoureux et Lesemann (1988) et Godbout et al. (1988). Nous n'élaborerons pas sur ces auteurs, leur mention n'était que pour spécifier la provenance de l'information.

autonomie de pratique ainsi que la nécessité d'être engagés dans des activités partenariales, notamment au plan de la représentation sur diverses tables de concertation, en conséquence à la reconnaissance de l'organisme par ses partenaires.

En conclusion, cette recherche démontre l'interdépendance entre les acteurs communautaires et institutionnels dans le secteur de l'enfance, famille, jeunesse malgré la divergence de leurs intérêts organisationnels. Les auteurs avancent que les organismes ont besoin de la collaboration avec les établissements, notamment au niveau du financement afin de mettre sur pied de nouveaux projets. À l'inverse, les établissements ont aussi besoin de la collaboration des organismes pour pouvoir y référer leur clientèle et réduire par le fait même, la pression sur leurs propres programmes (Savard, Turcotte et Beaudoin, 2004 : 174).

3.1.2.4. Concertation et la continuité des soins de santé mentale

White, Mercier et Roy (1993) dans leurs travaux sur la concertation et la continuité des soins de santé mentale à Montréal ont identifié trois modèles de concertation interorganisationnelle et interprofessionnelle. Pour chacun des modèles de concertation correspond une sous-région montréalaise. Selon ces auteures, le concept de concertation entre organismes communautaires et établissements publics en santé mentale s'analysent en fonction de six éléments de comparaison dont, le niveau de cohérence de la sous-région, les axes de ségrégation et d'intégration entre les organisations, le niveau d'autonomie organisationnelle, la forme de coordination interorganisationnelle et la mobilisation des rapports. Dans le premier modèle, la complémentarité (sous-région Est), les rapports sont plutôt verticaux, hiérarchiques et formalisés. Les liens administratifs et contractuels tournent autour des établissements publics qui, pour répondre aux besoins de réadaptation et de réinsertion de leur programme, utilisent les organismes communautaires par des ententes de services. Ce modèle repose sur une cohérence sous-régionale forte, dans laquelle l'autonomie et la diversité des ressources s'avèrent faibles. Les organismes communautaires qui n'entretiennent pas de liens contractuels avec les institutions sont marginalisés par rapport au réseau de services publics. De plus, le leadership serait assuré par les établissements.

Ensuite, le modèle de la collaboration (sous-région Sud-Ouest) permet la co-existence des ressources institutionnelles et communautaires dans un respect mutuel, fondé sur des philosophies différentes, mais compatibles. Les organisations sont en relation les uns avec les autres, mais sans formalisation des rapports entre eux. Ce modèle représente un équilibre dans le système de services. Il peut être le résultat d'une tradition communautaire forte et du développement d'un hôpital psychiatrique qui fait appel aux ressources communautaires pour répondre aux besoins de réadaptation et de réinsertion plutôt que de créer ses propres structures intermédiaires. Le leadership serait partagé entre les acteurs.

Enfin, le modèle des alliances (sous région Centre-Est) est « l'entre deux » des modèles précédents. Il permet l'élaboration de liens formels entre l'institutionnel et le communautaire sur une base pratique et non à tout prix. La concertation sous-régionale peut prendre diverses formes et il se crée alors une diversité d'alliance, comparable à des mini-réseaux. C'est donc un modèle qui permet l'émergence de plusieurs types de relation. L'apport des organismes communautaires est reconnu et valorisé par l'institutionnel. Dépendamment des alliances, le leadership peut être soit public ou soit communautaire.

Afin de réduire le cloisonnement interorganisationnel et de favoriser la concertation et le développement de rapports dynamiques entre le communautaire et l'institutionnel, les modèles de collaboration et d'alliance seraient à privilégier. Les auteures avancent que les liens très formels entre les acteurs comme dans le modèle de la complémentarité, peuvent plutôt nuire au développement de rapports dynamiques et flexibles. La formalisation de ces liens, réduit la marge de manoeuvre de l'acteur communautaire en balisant de façon trop rigide les règles qui régissent les rapports. Dans un article paru dans la revue *Nouvelles pratiques sociales* portant sur la même étude, White et al., (1992) concluent que « pour privilégier des formes souples de concertation, il apparaît donc préférable d'éviter la construction d'un système surplanifié et surintégré, comportant des rôles, des mandats et des liens contractuels clairement définis » (White et al, 1992 : 91). Par contre, la continuité entre les services semble plus efficace dans le modèle de la complémentarité, même si la continuité est plutôt imposée à la personne par la

configuration des services. White, Mercier et Roy (1993) ajoutent que la nature des rapports sur le terrain entre les intervenants des différentes organisations est plus garante de la réussite de la concertation que la participation de l'organisme à des tables de concertation.

3.2. Synthèse de la recension

De notre brève recension, nous pouvons dégager certains constats des recherches portant sur les rapports. Premièrement, il n'y a pas de sens unique au partenariat. Ce concept, pour reprendre l'expression de Bourque, comporte une dimension polymorphe (Bourque, 2003 : 14) à laquelle nous pourrions ajouter un caractère élitif tant il semble difficile à définir.

Deuxièmement, nous remarquons que plusieurs recherches ont tenté de mettre en lumière des conditions (ou facteurs explicatifs ou stratégies) ayant une influence favorable ou défavorable sur les rapports entre le communautaire et l'institutionnel. Ces conditions proviennent le plus souvent des expériences de collaboration structurées entre organismes et établissements. Dans la recherche de Billette, White et Mercier (1995), nous avons relevé que la définition imprécise des mandats et des rôles de chacun des acteurs constituait une condition contraignante aux rapports de partenariat. Dans le même ordre d'idées, Panet-Raymond et Bourque (1991) identifient la formalisation des collaborations par un protocole signé avec un suivi souple de ces ententes de collaboration comme des conditions favorables au partenariat. Clément, Tourigny et Doyon (1999) avancent eux aussi que l'absence d'une entente écrite formelle dès le début de la collaboration nuit au partenariat. La formalisation par des ententes de services sous la forme de contrats écrit semble donc une condition facilitatrice, ou à tout le moins éclairante, à l'élaboration des rapports. Cependant, White, Mercier et Roy (1993) soutiennent que les liens trop formels entre les acteurs nuisent aux rapports dynamiques. Nous remarquons également que Panet-Raymond et Bourque (1991) et Clément, Tourigny et Doyon (1999) identifient tous deux la présence d'une personne-relais pouvant assurer un rôle d'intermédiaire dans les relations comme une condition facilitant les rapports. De plus, ce que nous pourrions

appeler les alliances communautaires¹⁹, c'est-à-dire la représentation par une table ou un regroupement est relevé par Panet-Raymond et Bourque (1991) ainsi que par Duval et al. (2005) comme une stratégie en faveur du communautaire afin d'éviter un déséquilibre du pouvoir. Savard, Turcotte et Beaudoin (2004) abonde sensiblement dans le même sens lorsqu'ils mentionnent l'importance du réseau d'information communautaire pour la défense des intérêts communs face aux autres acteurs. Les rapports entre les acteurs étant inégalitaires, Clément, Tourigny et Doyon (1999) soulignent bien l'importance de la notion de pouvoir dans leur recherche comme facteur ayant nuit au partenariat. Toutefois, White, Mercier et Roy (1993) viennent encore une fois nuancer les propos en indiquant pour leur part, que la nature des rapports sur le terrain occupe une plus grande importance que la participation à des Tables de concertation. Le tableau 3.1 dresse une synthèse imparfaite des conditions recensées.

Troisième constat, quelques études parmi celles recensées, ont cherché à établir des modèles qualifiant les types de rapports entre les acteurs (Panet-Raymond et Bourque, 1991, White, Mercier et Roy, 1993; Proulx, 1997 ; Duval et al. 2005). Ces modèles ou typologies proviennent soit de recherches sur les collaborations au plan local ou sous-régionale ou encore de modèle théorique découlant d'études à large spectre et présentent la caractéristique commune de qualifier les rapports selon un continuum de formalisation des pratiques ou des rapports eux-mêmes. Le tableau 3.2 dresse une synthèse des modèles recensés.

¹⁹ Sans confondre avec le concept d'alliance communautaire de Vincent Lemieux (2003)

Tableau 3.1. Synthèse des conditions recensées influençant les rapports

Rapports de planification et orientation des services			
Auteurs	Influence sur les rapports	Conditions de renforcement; Facteurs facilitants; Stratégies favorables au partenariat	Conditions contraignantes; Obstacles au partenariat
RRASMQ, 1991	--	--	Méthodologie de travail imposée et inadéquate; Manque de pédagogie participative; Absence de débat de fond.
Duperré, 1992	Influence des disposition humaines et professionnelles	--	Écart entre discours du gouvernement et expérience vécue; Démarches de consultation expéditives; Désinformation concernant les contrats de services.
Billette, White et Mercier, 1995	--	Concevoir les relations comme des rapports dynamiques; Ouverture indispensable même minimale; Stratégies de cloisonnement; Positionnement mi-centripète, mi-centrifuge; Engagement dans le processus.	Définition imprécise des mandats et des rôles de chacun des acteurs.
Proulx, 1997	--	--	Tendance des régies régionales à étendre leur mode de gestion technocratique aux organismes.
Duval et al., 2005	Nature des activités de concertation ; Degré de formalisation des rapports ; Tendance dans laquelle s'inscrivent les pratiques.	Financement stable et récurrent; Alliances communautaires avec les regroupements.	Financement par programme comme menace à l'autonomie; Évaluation soumises à des pressions extérieures qui ne respectent pas spécificité des groupes.

Rapports entre organismes communautaires et réseau public			
Auteurs	Influence non spécifiée sur le partenariat	Conditions de renforcement; Facteurs facilitants; Stratégies favorables au partenariat	Conditions contraignantes; Obstacles au partenariat
Panet-Raymond et Bourque, 1991	--	Formalisation de la collaboration par un protocole signé par écrit; Suivi des ententes de collaboration et des voies souples et rapides pour se réajuster impliquant des mécanismes concrets; Présence d'une personne-ressource; Représentation par une table de concertations ou un regroupement.	--
Clément, Tourigny et Doyon, 1999	Cultures organisationnelles différentes concernant mission et obligations législatives; Perceptions différentes du partenariat.	Attitudes favorables au partenariat; Présence d'une personne pouvant jouer un rôle d'intermédiaire; Respect mutuel et reconnaissance des expertises; Établissement de rapports équitables.	Absence d'une entente formelle écrite dès le début du partenariat; Absence d'une stratégie commune de gestion des difficultés rencontrées; Présence d'un jeu de pouvoir entre les acteurs concernant la gestion du budget.
Savard, Turcotte et Beaudoin, 2004	--	Flexibilité et capacité à s'adapter aux nouveaux besoins; Faible coûts des services comparativement aux établissements; Importance du réseau d'information communautaire.	Manque de solidarité avec les établissements; Climat de compétition et de méfiance; Précarité financière des organismes.
White, Mercier et Roy, 1993	--	Privilégier les modèles de collaboration et d'alliance; Nature des rapports sur le terrain influence davantage que la participation à des Tables de concertation.	Liens trop formels entre les acteurs nuisent aux rapports dynamiques.

Tableau 3.2. Synthèse des types de rapports recensés

Modèle théorique ou tendances dans les rapports			
Proulx, 1997	Logique technocratique	Logique participative	
Duval et al., 2005	Logique complémentariste	Logique autonomiste	
Recherches portant sur les rapports entre organismes et établissements publics			
Panet-Raymond et Bourque, 1991	Pater-nariat		Partenariat réel
White, Mercier et Roy, 1993	Complémentarité	Alliances	Collaboration

CHAPITRE IV

CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE

Les chapitres précédents ont mis en lumière les raisons pour lesquelles nous désirons approfondir nos connaissances sur l'intégration d'un organisme communautaire au réseau local de services en santé mentale. Le présent chapitre vise donc à situer le cadre qui guide notre réflexion.

Tout d'abord, comme l'approche réseau cherche à contrer le cloisonnement entre les organisations, nous abordons la question de l'intégration des services selon une perspective organisationnelle dans laquelle les rapports interorganisationnels sont perçus comme des processus dynamiques. Ce ne sont pas les rapports entre différents acteurs d'une même organisation (dynamique interne) qui nous intéressent, mais plutôt les rapports entre différentes organisations (dynamique externe) dans un contexte de changements organisationnels. L'implantation des réseaux locaux de services intégrés constitue la caractéristique principale d'un contexte de changements organisationnels à l'intérieur duquel les projets cliniques représentent l'outil d'intégration dans la nouvelle structure d'organisation. De nouveaux rapports se dessinent au niveau local (dynamique locale) entre les acteurs publics et communautaires. À l'intérieur d'un processus d'ajustement mutuel, les acteurs perçoivent des opportunités et des menaces desquelles émergent de nouvelles dynamiques (voir figure 4.1).

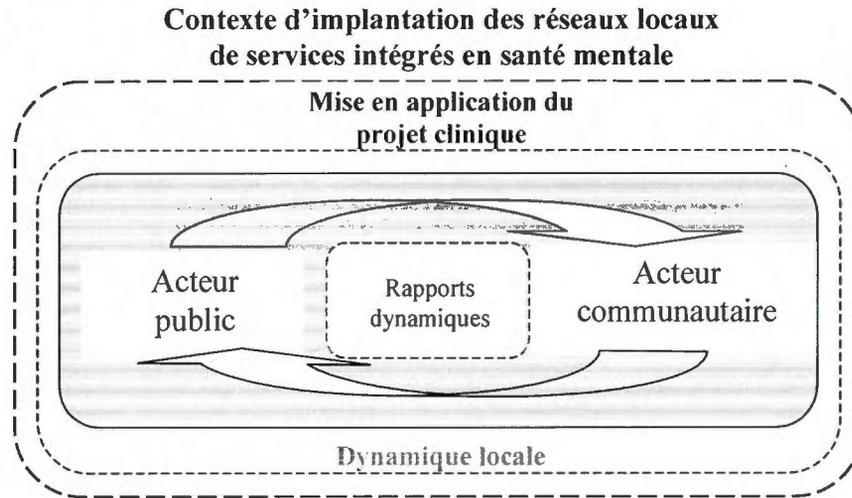


Figure 4.1. Processus d'intégration dans le cadre des réseaux locaux de services

4.1. Modèles d'analyse

Deux modèles constituent des outils analytiques inspirants pour comprendre les rapports dynamiques. Dans un premier temps, nous utilisons des éléments de la grille d'analyse de Billette, White et Mercier (1995) afin de dresser le contexte local du processus d'intégration et de dégager le positionnement de l'organisme. Ensuite, nous abordons la question des rapports interorganisationnels sous l'angle de l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977).

4.1.1. Grille d'analyse pour observer un partenariat

Comme point de départ de l'analyse, nous nous sommes inspirés du cadre conceptuel développé par Billette, White et Mercier (1995), construit afin d'observer et d'analyser la dynamique d'un processus partenarial en cours de réalisation. Sous la forme d'une grille d'analyse, elle-même inspirée de l'analyse stratégique, la démarche théorique de ces auteures mise sur la compréhension des normes et l'analyse des stratégies et des dynamiques à l'intérieur d'un processus. Leur grille comprend trois types prédéfinis de repères présentés à la figure 4.2.

- (1) Les conditions d'action;
 - Spatiales
 - Historiques
 - Culturelles
 - Économiques
 - Politiques
 - Administratives
- (2) Les stratégies utilisées;
 - Cloisonnement vs ouverture
 - Orientation centrifuge vs centripète
 - Non-engagement vs engagement
 - Dépendance vs autonomie
- (3) Les dynamiques émergentes;
 - Interne au processus
 - Rapports d'échange
 - Conflictuels vs consensuels
 - Rapports de pouvoirs
 - Déséquilibrés vs équilibrés
 - Externe aux processus
 - Marge de manœuvre
 - Restreinte vs large
 - Nature des frontières
 - Étanches vs perméables

Figure 4.2. Conditions d'action des rapports entre les acteurs, stratégie utilisées et dynamiques partenariales émergentes possibles (Billette, White et Mercier, 1995)

Les conditions d'action (spatiales, historiques, culturelles, économiques, politiques et administratives) ont servi à élaborer et à guider les entretiens afin de cerner le contexte local et d'identifier les variables contextuelles et les modalités organisationnelles de l'expérience d'intégration. Cette partie de l'analyse a pour but de répondre à notre premier objectif spécifique étant de dresser un portrait le plus complet possible du contexte local. Ces informations sont présentées au chapitre VI. Nous nous sommes également inspirés des stratégies (cloisonnement vs ouverture; orientation centrifuge vs centripète; non-engagement vs engagement; dépendance vs autonomie) considérées par ces auteurs pour dégager des tendances stratégiques pour l'organisme étudié. Cette analyse est exposée au chapitre VII. Pour des questions de faisabilité, nous n'avons recueilli que le point de vue de l'organisme, limitant ainsi notre regard des dynamiques partenariales. Bien que les possibilités de dynamiques du modèle de Billette, White et Mercier soient intéressantes, nous ne nous y sommes pas directement référé pour notre analyse.

4.1.2. Définition générale de l'analyse stratégique

Le modèle retenu pour guider notre réflexion est l'analyse stratégique dont il est question dans *L'acteur et le système* de Michel Crozier et Erhard Friedberg (1977). Il s'agit principalement d'un cadre d'analyse organisationnelle qui mise sur la compréhension des relations entre acteurs interdépendants. Ce cadre représente une conceptualisation de l'action collective par l'identification des systèmes d'action et la prise en compte des interactions et des stratégies mises de l'avant par les acteurs. Il permet donc d'examiner les relations de pouvoir et les stratégies futures possibles dont les acteurs vont faire usage pour se positionner à l'intérieur d'un contexte donné appelé système d'action concret. Dans un ouvrage collectif portant sur la pensée de Michel Crozier²⁰, François Dupuis note que : « l'analyse du 'système politico-administratif local', parce qu'elle montre quelles interdépendances se créent entre des acteurs appartenant à des structures différentes, permet à la fois de dépasser le mirage de la structure, d'aller plus loin que la relation de l'organisation à l'environnement, et de qualifier le système d'action 'concret' » (Dupuis, 1994). Surtout utilisée dans le domaine de la gestion et de l'administration, l'analyse stratégique peut se transposer à toute situation impliquant des acteurs, une structure en changement et des participants ayant des intérêts divergents, mais étant dépendants les uns des autres (Crozier et Friedberg, 1992).

L'analyse stratégique porte certains concepts clé, dont celui du jeu qui représente « l'instrument essentiel de l'action organisée » (Crozier et Friedberg, 1992 : 113). Le jeu se déroule entre un ensemble de contraintes spécifiques provenant de l'environnement et les capacités d'action des acteurs, eux-mêmes en interaction. Cet ensemble constitue le système d'action à l'intérieur desquels les acteurs prennent des décisions et posent des actions concrètes (voir figure 4.3).

²⁰ Actes d'un colloque tenu en juin 1990, dans la collection Colloque de Cérisy sous la direction de Francis Pavé, 1994.

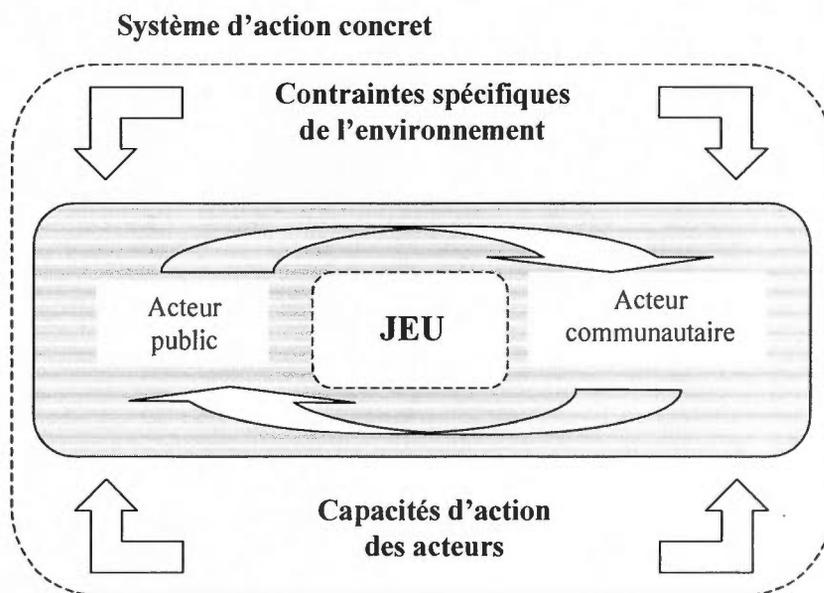


Figure 4.3. Raisonnement stratégique dans l'élaboration de nouveaux rapports

L'analyse stratégique prend en compte les stratégies des acteurs en interrelations dans un contexte donné. Bien qu'ils aient parfois des positions opposées et des intérêts divergents, chaque acteur occupe un espace dans la relation avec l'autre et est capable de choix. C'est à l'intérieur de cette relation réciproque mais déséquilibrée (Crozier et Friedberg, 1992 : 68) d'interdépendance que se négocie le pouvoir. Vue comme une relation d'échange et non comme un attribut des acteurs (Crozier et Friedberg, 1992 : 65), le pouvoir représente le coeur de l'analyse stratégique. C'est dans cette constante relation d'échange inégal (Friedberg, 1994 : 138) que les acteurs cherchent à exploiter leur marge de manoeuvre par diverses stratégies et, ce faisant, ne pas devenir totalement dépendant de l'autre. Les stratégies peuvent être définies comme des actions ou des comportements (observables ou anticipés) orientés d'une part vers autrui (directement ou indirectement) et d'autre part vers une finalité ou une valeur (Billette, White et Mercier, 1995 :20). L'exercice du pouvoir réfère à la capacité d'un acteur à se rendre indispensable dans le fonctionnement d'une démarche ou d'un processus et donc d'imposer ses exigences dans la négociation

face à l'autre. Pour Crozier et Friedberg, à l'intérieur de chaque structure ou système²¹, tout acteur possède une capacité d'action, de réflexion, de choix et de contrôle dans ses interactions. « Le pouvoir réside donc dans la marge de liberté dont dispose chacun des partenaires engagés dans une relation de pouvoir » (Crozier et Friedberg, 1992: 69).

Un autre concept important est celui des règles qui régulent le fonctionnement des rapports. Lorsqu'il y a des changements dans une structure, il s'opère aussi un changement au niveau des règles et normes implicites qui sous-tendent les relations entre les acteurs. Autrement dit, les règles se modifient pour soutenir le changement et restructurer les relations. À l'intérieur d'une approche qui s'attarde à l'observation et à l'analyse d'un processus, l'analyse stratégique s'intéresse à la modélisation des nouvelles règles par la définition et l'appropriation des nouvelles normes par les acteurs. Comme la connaissance et l'utilisation des règles de fonctionnement organisationnelles constituent une des sources de pouvoir (Crozier et Friedberg, 1992 :88), l'acteur qui connaît les lois, les politiques, les règlements et les procédures formelles peut mieux défendre sa position dans un contexte et avoir recours à des stratégies profitables.

4.1.3. Application de l'analyse stratégique

Nous effectuons une démarche d'analyse stratégique à partir des différentes sources de données recueillies afin d'observer le positionnement de l'organisme face aux établissements publics. Cette méthode d'analyse nous permet de concevoir un organisme communautaire comme un acteur occupant un rôle actif dans ses rapports avec les établissements publics. Elle permet également d'explorer le positionnement de cet organisme dans le cadre de la mise en place des réseaux locaux de services intégrés à travers l'élaboration de nouveaux compromis et donc de nouvelles règles. À un stade plus avancé, l'analyse stratégique permet de mieux comprendre les relations de pouvoir dans un système local et d'analyser la dynamique du processus d'intégration en cours. Selon Erhard Friedberg (1994), le raisonnement stratégique considère que chaque acteur joue un

²¹ Selon François Dupuy, structure et système se distinguent en ce sens qu'une structure possède l'apparence du concret, elle est identifiable voire modifiable. Le système quant à lui, ne se voit pas et nécessite un travail d'analyse pour être identifié (Dupuy F., 1994, Colloque de Cérissi, p.128)

rôle actif à l'intérieur d'un processus et prend en compte l'environnement et les contraintes d'un contexte particulier puis les stratégies (observables ou anticipées) des acteurs (Friedberg, 1994).

Pour mener notre analyse, nous nous sommes concentré sur les positions d'un organisme de suivi alternatif communautaire et sur ses perceptions des stratégies, des intentions et des positions des autres à travers quelques mises en situations nécessitant un positionnement de sa part. Selon Erhard Friedberg (1994), les acteurs « font constamment des hypothèses sur leurs partenaires, concernant leurs identités, leurs intérêts, leurs désirs, leurs projets, et, par conséquent, interprètent aussi sans cesse les indications que leur fournissent les comportements des autres pour pouvoir y répondre à leur tour, sachant que les autres font de même et que les autres savent qu'ils le font et qu'eux-mêmes savent qu'ils savent » (Friedberg, 1993 : 198). Cela démontre bien l'orientation cognitive et rationnelle du raisonnement des acteurs dans leur ajustement mutuel. Dans *L'acteur et le système*, les auteurs proposent que l'analyse stratégique adopte :

[...] une démarche hypothético-inductive par laquelle elle constitue et cerne son objet d'études par étapes successives à travers l'observation, la comparaison et l'interprétation des multiples processus d'interaction et d'échange qui composent la toile de fond de la vie à l'intérieur du système d'action qu'elle cherche à analyser. Une démarche en somme qui se sert de l'expérience vécue des participants pour proposer et vérifier des hypothèses de plus en plus générales sur les caractéristiques de l'ensemble. (Crozier et Friedberg 1992 : 454).

Autrement dit, l'analyse stratégique utilise une posture d'induction afin de reconstruire la réalité « de l'intérieur » en fonction de l'interprétation itérative des données présentes concernant le processus de changement (Friedberg, 1994) L'information recueillie dans la démarche stratégique doit se référer « aux données descriptives sur les opinions, les perceptions, les sentiments et les attitudes des acteurs pour reconstruire la structure de pouvoir ainsi que la nature et les règles des jeux qui régulent l'interaction des acteurs et conditionnent leurs conduites. » (Crozier et Friedberg 1992 : 473) C'est donc à travers l'articulation des différents concepts de l'analyse stratégique (établissement de nouvelles règles, système d'action, capacité d'action, contraintes, stratégies des acteurs, rapports de pouvoir) autour de mises en situations vécues dans le processus d'intégration que se déroule notre analyse.

CHAPITRE V

METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Dans le chapitre précédent, nous avons présenté le cadre conceptuel qui nous sert à explorer le processus d'intégration. Dans le présent chapitre, nous exposons les principaux éléments méthodologiques encadrant la démarche de recherche, les limites de cette manière de procéder ainsi que les risques et avantages pour l'organisme participant.

5.1. Stratégie générale de recherche

De façon générale, nous utilisons une approche qualitative de recherche en privilégiant la méthode par étude de cas (Yin, 1994). Le cas en question s'avère être une expérience au niveau local d'un processus d'intégration en fonction du projet clinique proposé aux organismes communautaires en santé mentale. Selon Yin (1994), une étude de cas unique permet d'appréhender la complexité et de rendre compte d'un sujet d'étude contemporain et peu documenté. Nous chercherons donc à reconstruire de l'intérieur la logique et les propriétés particulières de ce processus en implantation.

5.2. Population à l'étude

Au départ, c'est le positionnement stratégique de l'ensemble des organismes de suivi alternatif communautaire en santé mentale de l'Île de Montréal que nous désirions explorer. Suite à une présentation de l'intention de recherche lors d'une rencontre avec le Regroupement des organismes offrant du suivi alternatif communautaire (ROSAC) en octobre 2004, un seul organisme a accepté de participer à notre projet. Les autres ne

répondaient pas aux critères de sélection ou ont refusé de s'impliquer dans le projet. Les critères de sélection de cette recherche sont :

- 1) d'offrir du suivi alternatif communautaire sur l'île de Montréal et
- 2) d'être engagé dans une démarche d'intégration dans le contexte d'implantation des réseaux locaux de services au cours de l'année 2004 - 2005.

Étant donné le caractère local des réseaux intégrés en cours d'implantation, chaque organisme de suivi alternatif communautaire expérimente des dynamiques différentes. Il aurait donc fallu réaliser huit études différentes, soit une par organisme éligible aux critères de sélection, ce qui excède largement le cadre d'un mémoire de maîtrise. Considérant cette limite, nous étudions une expérience locale d'organisation de services plutôt qu'un mouvement social en tant que tel.

5.3. Sélection des sujets pour les entretiens

L'informateur principal est le directeur de l'organisme. Il était le principal acteur impliqué dans le processus d'implantation du réseau local et par le fait même, l'informateur le mieux placé pour contribuer à cette recherche, car c'est lui qui représente l'organisme auprès des instances publiques. Il a occupé le poste de direction de septembre 2001 jusqu'en février 2006 et par le fait même, contribué à l'histoire de cinq (5) des dix-sept (17) années de l'organisme. Au moment de la rédaction de ce mémoire, cette personne est partie en congé sans solde vivre une expérience de travail différente. La direction est assurée par un intervenant de l'interne pour une période d'un an. Quatre entrevues semi dirigées ont été réalisées auprès de l'ancien directeur. Afin d'obtenir différents points de vue sur l'expérience d'intégration et les stratégies de l'organisme, deux entrevues complémentaires ont aussi été réalisées auprès de membres du personnel, soit une auprès de l'adjointe administrative, pour bien cibler les conditions et nouvelles règles administratives, et une auprès d'une personne intervenante, pour obtenir une lecture des enjeux relatifs à la pratique. Ces personnes ont été sollicitées verbalement dans un premier temps et ont volontairement accepté de participer à cette recherche.

L'auteur de ce mémoire siégeant sur le conseil d'administration de l'organisme depuis juin 2005, a sollicité la participation des autres membres du conseil d'administration pour la réalisation d'entrevues individuelles portant sur leur perception du processus d'implantation des réseaux locaux de services. Cependant, aucun des six autres membres du conseil d'administration ne se sentait assez informé ni en connaissance de cause de l'expérience d'intégration en cours de déroulement pour participer à une entrevue. Le choix a alors été fait de ne réaliser que six (6) entrevues auprès d'employés pour notre étude de cas.

5.4. Méthode de collecte

Une des forces de la méthode par étude de cas réside dans la diversité des sources de collecte de données. Le défi, selon Yin (1994), est de faire converger les différentes sources d'information (triangulation) afin de mieux rendre compte de la réalité. Il identifie également plusieurs sources d'informations possibles pour une étude de cas. Dans le cadre de notre recherche, nous utilisons trois sources de données. Une revue de documentation concernant l'organisme²² ainsi qu'une analyse des documents balisant les démarches d'intégration²³ s'avèrent pertinentes dans un premier temps afin de cerner une partie du contexte dans lequel s'inscrit le processus.

Dans un deuxième temps, la réalisation d'entrevues individuelles semi structurées nous a permis de déterminer l'ensemble du contexte entourant le processus d'intégration ainsi que ses diverses conditions d'action (Billette, White et Mercier, 1995). De plus, c'est à partir du matériel de ces entrevues que nous pourrions identifier les stratégies de l'organisme par rapport à son intégration et explorer sa dynamique dans les rapports auprès des autres acteurs. Les sept (7) entretiens se sont déroulés entre les mois de juillet

²² Parmi ces documents concernant l'organisme, nous retrouvons : les lettres patentes, les règlements généraux, l'énoncé de valeurs, deux rapports annuels (2004-05 et 2005-06) et des documents publicités sur services offerts.

²³ Parmi ces documents balisant l'intégration, nous retrouvons : le projet organisationnel et clinique, le Plan d'action 2005-2010, le cadre de référence régional ainsi que la Politique de reconnaissance.

2005 et avril 2006. Ils ont tous eu lieu aux locaux de l'organisme et ont duré en moyenne, entre 60 et 90 minutes.

Enfin, comme nous sommes impliqués au sein de cet organisme en tant que membre du conseil d'administration, le rôle d'observateur-participant nous a permis d'avoir un regard intérieur sur l'organisme et d'avoir accès plus facilement à de l'information concernant l'organisation financière et administrative, par exemple. Ce projet visant à explorer la dynamique des relations extérieures de l'organisme avec les établissements du réseau public, le fait d'occuper une position interne à l'organisme en tant que membre du conseil d'administration, a rendu l'analyse plus pertinente et imbriquée dans la réalité organisationnelle de la ressource.

5.5. Analyse de l'information

L'analyse qualitative de l'information en fonction d'un cadre référant à l'analyse stratégique s'applique bien à une étude cas. Dans notre démarche, le raisonnement stratégique a servi de toile de fond pour analyser nos résultats. L'ensemble de l'information recueillie, par analyse de documents et d'entrevues et par observation participative au conseil d'administration, s'avère utile à deux étapes d'analyse. Dans un premier temps, nous cherchons à cibler et à définir le plus précisément et de la façon la plus englobante possible le contexte local de réalisation du processus d'intégration. Pour ce faire, nous avons eu recours à l'analyse de la documentation ministérielle sur le sujet, l'information fournie par le directeur de l'organisme lors des premiers entretiens et l'analyse de la documentation concernant la ressource. L'information recueillie est organisée par thème et codé selon les motivations, objectifs, processus d'action, réflexions, moyens d'action et perceptions des acteurs. Ensuite, afin de mieux connaître le déroulement des différentes étapes d'implantation du projet clinique, nous avons identifié le rôle des différents acteurs ainsi que les obstacles et facilitateurs au processus. Dans un deuxième temps, l'analyse porte sur l'identification des enjeux pour l'organisme à s'intégrer dans le réseau et sur les stratégies déployées par chacun des acteurs à l'intérieur des différentes situations de jeu. Aucun logiciel informatique d'analyse qualitative n'a été utilisé pour compiler les résultats des entrevues.

5.6. Limites de la démarche méthodologique

À ce stade, on peut se questionner sur les raisons pour lesquelles nous ne nous tournons pas vers une monographie ou encore une évaluation de processus d'implantation. Premièrement, l'étude de cas nous permet d'aller plus loin que la monographie, davantage descriptive, car elle permet l'exploration en profondeur d'une expérience locale d'intégration et une analyse interne de processus. L'étude de cas se différencie également d'une évaluation d'implantation au sens où notre objet de recherche concerne une démarche d'intégration et non pas l'implantation du modèle des réseaux locaux de services. Bien que cette démarche se déroule au moment propice pour réaliser ce type d'évaluation – l'implantation des réseaux locaux de services est amorcée depuis 2003 - notre objectif de recherche est davantage exploratoire que formatif (Duval et al., 2005 : 132). Il aurait cependant été fort intéressant et pertinent de réaliser l'évaluation d'une expérience d'implantation des RIS impliquant un organisme communautaire en santé mentale. Par ailleurs, comme il s'agit d'une démarche exploratoire et que nous visons plutôt à faire état des stratégies, normes et finalités des rapports d'une expérience d'intégration, l'évaluation de processus n'est pas applicable dans le cadre de ce mémoire. La plupart des démarches d'implantation étant encore en cours de processus, l'analyse stratégique d'une expérience d'intégration s'avère tout aussi pertinente.

Le regard porté sur une seule démarche d'intégration ne peut être représentatif de l'ensemble des processus de négociation à l'œuvre entre les organismes communautaires et les CSSS vue la diversité des contextes locaux. Notre étude de cas unique n'a pas non plus le souci de comparaison, habituellement chère à l'analyse stratégique (Friedberg, 1994). Comme le soutient Deena White (1993), c'est pour augmenter la réponse aux besoins que les réseaux se structurent au niveau local. Dans ce cas, il faut étudier les conditions et les acteurs qui caractérisent des espaces locaux d'action sociale (White, 1993 : 80). Parmi les acteurs interviewés, nous avons fait le choix de concentrer notre collecte sur l'organisme et non sur les établissements publics. Notre choix d'étudier le positionnement stratégique de cet acteur (organisme communautaire) a réduit la portée de l'analyse des rapports interorganisationnels, mais nous a aussi permis d'approfondir notre

lecture stratégique d'après l'expérience vécue par l'organisme. C'est pourquoi notre analyse des rapports interorganisationnels comporte davantage de référents théoriques.

Bien que les conduites humaines soient un point de liaison important entre les relations organisationnelles, cette étude ne porte pas un regard sur les dimensions individuelles ou les dynamiques humaines propres. Les rapports humains nécessaires aux ententes de services sont volontairement confondus avec les relations entre organisations. Par contre, il faut considérer que les dispositions et habilités de négociation individuelles constituent un facteur important.

Il aurait été intéressant de connaître la trajectoire dans le système de santé de personnes utilisatrices de services à partir de leur discours afin d'obtenir une lecture des implications personnelles et individuelles aux réseaux locaux. Cependant, notre étude s'intéresse plutôt à la dimension organisationnelle des rapports entre communautaire et public.

La marge de manœuvre du milieu communautaire se retrouve en partie dans la capacité stratégique des organismes à défendre leurs intérêts et à faire valoir leurs positions. Les stratégies des établissements publics sont déduites de l'analyse des documents ministériels et par les documents locaux concernant l'intégration, aucune entrevue n'a été réalisée auprès de cet acteur.

5.7. Risques et avantages de la recherche pour les sujets

Cette recherche ne comporte pas de risques pour les sujets car elle ne vise qu'à explorer les dynamiques d'un processus d'intégration organisationnelle par le discours et l'analyse de documents. Comme nous sommes impliqués sur le conseil d'administration de l'organisme qui participe à cette recherche, les avantages d'une réflexion commune ont été jugés profitables pour les deux parties. Cependant, comme il n'y a que huit organismes de soutien communautaire sur l'Île de Montréal, la reconnaissance de l'organisme participant sera donc facile à faire pour ses pairs. L'identité des individus demeure toutefois confidentielle.

CHAPITRE VI

PRESENTATION DES RESULTATS

Le présent chapitre expose les données de façon descriptive pour permettre de bien comprendre l'organisation, l'environnement et le contexte dans lequel se réalise l'intégration. Rappelons que le premier objectif spécifique de cette recherche est de cerner le contexte local dans lequel se déroule la planification (début d'intégration), à travers les acteurs en présence, les variables contextuelles et les modalités organisationnelles. Ces données proviennent principalement des quatre premières entrevues et de l'ensemble de la documentation consultée sur l'organisme et sur les réseaux locaux de services.

6.1. Profil organisationnel

L'organisme communautaire ayant fait l'objet de notre étude offre des services de soutien dans la communauté à des personnes vivant avec un problème de santé mentale. Il privilégie le suivi alternatif communautaire dans le milieu de vie de la personne et l'intervention de groupe dans une optique de réinsertion sociale. Soulignons qu'il s'agit d'un organisme ayant un fonctionnement bien établi et étant bien enraciné dans son milieu. Un bref historique nous permettra de mieux comprendre l'évolution de cet organisme et son positionnement stratégique dans les réseaux de services.

6.1.1. Émergence de la ressource

Fondée en 1988, la ressource est née de l'initiative de trois personnes ayant connu la psychiatrie²⁴ avec la collaboration d'un organisateur communautaire du CLSC Ahuntsic. À ses débuts, on y retrouvait principalement un groupe d'entraide et un centre de jour valorisant une approche par les pairs aidant²⁵. Les principaux objets d'incorporation pour lesquels la ressource a été constituée comprennent la « réinsertion sociale d'ex-psychiatisés, d'itinérants et de personnes à faible revenu qui vivent l'isolement » ainsi que le fait d'« offrir un support ponctuel et/ou un accompagnement auprès de ces personnes dans des démarches pour l'obtention de services ou de défense de droits » (Lettres patentes, 1988 : 3). Les personnes intervenantes allaient parfois au delà de leur mandat et pouvaient offrir un support ponctuel en dehors des locaux (ex : accompagnement à l'hôpital) bien qu'à ce moment le mandat principal n'était pas axé vers la pratique du suivi communautaire. L'ensemble des travailleurs communautaires étaient d'ex-patients psychiatriques et le conseil d'administration était majoritairement constitué de personnes ayant eu affaire avec la psychiatrie. La ressource était alors complètement gérée et administrée par et pour les pairs aidant, adhérant ainsi à la philosophie des ressources alternatives en santé mentale.

6.1.2. Changement de mandat

Avec les changements que portait la Réforme Côté (1991), l'organisation des services se modifie peu à peu sur le territoire jusqu'en 1995, année qui marque l'implantation du suivi communautaire dans la sous-région Nord de l'Île. S'inscrivant dans la programmation sous-régionale des services et répondant alors à un besoin spécifique identifié par le Programme régional d'organisation de service (PROS), le mandat principal de la ressource est alors passé du groupe d'entraide vers le suivi dans la communauté. La ressource a donc délaissé le centre de jour, mais a conservé les activités de groupes pour répondre aux objets de sa charte qui mentionne qu'elle doit « offrir un lieu de rencontre aux personnes afin de favoriser la communication, l'échange de vécu et le support mutuel » (Lettres patentes, 1988 : 3). En répondant à l'appel d'offre effectué

²⁴ Appelés des « ex-psychiatisés » à l'époque.

²⁵ Notons qu'en 1988, l'approche par les pairs aidant était peu répandue au Québec.

par la Régie régionale, la ressource a alors bénéficié du triple de fonds en appui à sa nouvelle mission. Il y eut donc transformation de son mandat en s'adaptant aux demandes de la Régie. Dans son évolution, on constate le passage d'une ressource née des besoins identifiés par la communauté, fidèle à une vision stricte de l'alternative, vers un organisme qui se modélise en fonction des demandes extérieures en réponse à l'appel d'offre de la Régie.

L'organisation interne a également subi des modifications au cours de la période 1995-2000. Certaines difficultés concernant les rôles de pairs aidant (confusion de rôles) ont progressivement poussé les administrateurs à embaucher du personnel ayant une formation en santé mentale davantage qu'une expérience de la santé mentale. Ce faisant, il y eut une professionnalisation du personnel et un questionnement relativement à son adhésion à l'alternative.

6.1.3. Depuis 2000....

Des difficultés importantes dans la structure du conseil d'administration et une attitude de cloisonnement à l'égard des « partenaires » ont provoqué une désorganisation dans l'équipe de travail à l'automne 2000. S'ensuivirent plusieurs départs à l'interne ainsi qu'une importante baisse de référence venant de l'extérieur. L'organisme a donc dû faire appel à une consultante externe pour « restructurer l'organisation et par conséquent faire en sorte que l'organisme s'ouvre sur l'extérieur » (Entrevue 1). Un des changements importants de cette réorganisation a été le déménagement en mai 2001 dans de nouveaux locaux afin d'être situé stratégiquement entre les partenaires hospitaliers. Les locaux occupés étaient, depuis sa fondation, situés juste derrière l'Hôpital Fleury. De plus, avec l'embauche d'une nouvelle personne à la direction en septembre 2001, responsable à la fois de la supervision clinique et de la gestion du personnel et le développement d'un poste d'adjointe administrative (secrétariat et comptabilité), l'organisation a décidé de « se redonner une crédibilité professionnelle » (Entrevue 1). L'organisme décida aussi de modifier sa structure de services en mettant l'accent sur l'implication des personnes à travers le développement d'un *membership*.

6.1.4. Structure et mode de fonctionnement

6.1.4.1. Services offerts

Prioritairement et majoritairement, il offre des services professionnels de relation d'aide à l'intérieur d'un cadre formel et souple d'intervention appelé suivi alternatif communautaire auquel s'ajoute l'intervention de groupe, le local communautaire et les ateliers d'arts. Son service de suivi communautaire s'adresse en priorité aux personnes habitant sur les territoires de la sous-région Nord de Montréal tandis que les autres services offerts sont ouverts à toute personne vivant avec un problème de santé mentale.

L'intervention de groupe (groupes d'entraide) est complémentaire à une démarche de suivi individuel. Comme un des mandats de la charte concerne la réinsertion sociale de personnes seules, les groupes représentent un lieu où les gens qui sont isolés à domicile peuvent venir socialiser en continuité avec leur suivi individuel. Les objets pour lesquels l'organisme a été constitué, en référence aux lettres patentes de la *Loi sur les compagnies*, sont toujours en vigueur et guident l'actuel mandat de l'organisme. À noter que les objets d'incorporation n'indiquent pas la dimension dans le milieu de vie ou dans la communauté, caractéristique fondamentale du suivi alternatif communautaire.

6.1.4.2. Philosophie d'intervention

Tous les services sont offerts à l'intérieur d'une philosophie humaniste et « en vue d'aider toute personne vivant avec un problème de santé mentale, isolée ou sans domicile fixe, à progresser vers un mieux-être » (Rapport annuel 2004-05, 2005 : 2). Selon son énoncé de valeurs, l'organisme est guidé par l'égalité des personnes, la solidarité, l'engagement et la communication. Le rapport entre la personne qui aide et la personne qui demande et accepte de l'aide en est un de professionnel à client. Depuis 2001, son mandat principal est d'offrir du suivi alternatif communautaire tout en renforçant les

capacités d'adaptation et l'appropriation du pouvoir d'agir des personnes (Rapport annuel 2004-05, 2005 : 2).

6.1.4.3. Philosophie de gestion

En tant qu'organisme à but non lucratif (OBNL), les services de suivi alternatif communautaire sont gratuits, mais toute personne qui désire participer aux ateliers de groupe doit être membre et payer une cotisation d'un dollar par an. La participation des gens à la vie démocratique de l'organisme se réalise par la possibilité de siéger sur le CA, par l'implication dans divers comités d'organisation (ex : fête de Noël), par la réponse à des sondages de satisfaction, par l'adhésion à la ressource en tant que membre et, ce faisant, par la participation et le droit de vote à l'assemblée générale annuelle (ci-après AGA).

Lors de l'AGA 2005, en date du 2 juin, il y avait environ quatre-vingt-dix (90) personnes membres réparties entre environ soixante-cinq (65) personnes membres/usagers et vingt-cinq (25) membres de soutien²⁶. Le nombre de personnes bénéficiant des différents services de la ressource est d'environ deux cents onze (211) et près d'une quarantaine (40) de personnes étaient sur une liste d'attente pour un suivi individuel.

6.1.4.4. Organisation du travail

Au niveau de l'organisation du travail, on compte pour l'année 2004-2005 sept (7) personnes employées, dont cinq (5) personnes intervenantes en suivi et deux (2) personnes occupant des postes de direction. Une personne chargée du suivi couvre les arrondissements Saint-Laurent-Bordeaux et quatre (4) autres intervenants se répartissent les arrondissements Ahuntsic-Cartierville et Montréal-Nord. La répartition globale femmes-hommes est de 4/3 (Entrevue 1, Rapport annuel 2004-05). De plus, « [...] la

²⁶ Personne impliquée d'une façon ou d'une autre dans l'organisation mais ne bénéficiant pas des services.

formation qui est demandée ici [à l'organisme], c'est la même qu'en institution. Alors, ça aussi ça diminue... ça facilite les collaborations » (Entrevue 5). Ceci démontre la perception du caractère contigu entre les services offerts dans l'organisme et ceux des établissements.

6.1.4.5. Rôle et mission dans une structure de services

Le rôle de l'organisme dans la structure locale de services implique l'insertion sociale et l'intégration de la personne dans sa communauté : « C'est clair que nous on s'occupe de l'insertion sociale, intégration et liaison communautaire. » (Entrevue 4, 155). Sa mission est de mettre la personne le plus en lien possible avec les ressources de sa communauté, c'est-à-dire mettre la personne en réseau, ce qui nécessairement implique le fait de travailler en concertation : « C'est-à-dire la personne est référée chez nous et on doit...on analyse sa demande, on étudie ses besoins et doit essayé de l'amener ailleurs dans d'autres ressources. » (Entrevue 3, 6), « ... c'est notre mission de mettre la personne en réseau. De s'entourer. Alors l'intégration, c'est d'abord ne pas travailler seul. C'est d'abord chercher à faire équipe, s'entourer. » (Entrevue 3, 12). Cette perspective du travail en réseau démontre que l'organisme est ouvert à l'importance de resserrer les liens entre les diverses ressources de la communauté, incluant les établissements : « Donc ils sont envoyés chez nous par les établissements et je te dirais que nous on prend le relais à ce moment-là pour les lier à des ressources et services dans la communauté. » (Entrevue 3, 12). L'organisme indique qu'il participe déjà à une forme d'intégration des services à travers son mandat : « soutien accompagnement, référence, liaison avec différents organismes et ressources, notre ressource participe déjà à une forme d'intégration des services dans le territoire où elle agit. » (Entrevue 3, 8).

6.1.4.6. Identité organisationnelle

Ayant réfléchi sur son identité au fil des ans, l'organisme est dans un dilemme concernant son identité organisationnelle. Actuellement, il se définit davantage comme « ...une

entreprise de service qu'un organisme militant. » (Entrevue 1). Il s'identifie lui-même comme ayant progressé vers un modèle hybride entre une organisation de services et une ressource alternative : « Oui, dispensateur de services, mais qui a gardé son volet de participation sociale et tout ça. C'est garder le meilleur des deux mondes, sans être un organisme d'éducation populaire pure militant et tout ça. On offre des services, mais on essaie en même temps de forcer l'appartenance communautaire à la ressource pour respecter ce volet-là d'identité... d'un organisme communautaire » (Entrevue 4, 233). « Nous autres, on est alternatif et communautaire. On a fait un « et » d'union, mais le grand ensemble premier, c'est le communautaire... » (Entrevue 4, 229). Son identité quant à la philosophie du ailleurs et autrement (reliée à l'alternative) s'est modifiée au fur et à mesure que ses services se sont inscrits en continuité avec ceux du réseau public : « Ça fait que moi j'enlève le autrement, on fait juste du ailleurs. On fait la même chose, du counselling, du counselling professionnel mais juste ailleurs que l'institution. » (Entrevue 4, 271) Bien que le par et pour fut modifié au fil de son histoire, l'adhésion à l'alternative demeure toujours dans sa structure de fonctionnement : « ...c'est qu'on a respecté notre culture qui fait qu'on est né comme groupe d'entraide. Alors, on a encore de la place pour quatre (4) usagers (sur le CA). Ils sont majoritaires. » (Entrevue 4, 221).

Ne se définissant plus strictement dans l'alternative ou dans le sens d'un organisme militant d'éducation populaire, mais plutôt comme un acteur de première ligne, l'organisme met en évidence son rôle de dispensateur de service et, par le fait même, s'inscrit en compétition avec les établissements du réseau public.

6.1.4.7. Objectifs

Dans les changements apportés par l'actuelle réforme, l'organisme veut participer aux objectifs d'amélioration de l'accessibilité et de la continuité des services en maintenant la plus courte possible sa liste d'attente, en poursuivant la réflexion sur les conditions à mettre en place dans le suivi individuel pour en faciliter la terminaison et en offrant des activités complémentaires au suivi individuel (Rapport annuel 2004-05 : II).

Dans sa participation aux comités de concertation sur l'implantation des réseaux locaux (Comité clinique et table projet clinique), il vise à défendre son titre de dispensateur de suivi communautaire sur son territoire : « On est dedans et on veut pas se faire tasser. » (Entrevue 3, 106) en s'assurant qu'il n'y ai pas de faux joueurs dans l'organisation des services de sa sous-région. Il assure donc la préservation de sa pratique : « Parce que c'est attirant le soutien, on sent que c'est une priorité alors d'autres pourraient faire valoir qu'ils en font. Alors c'est la préservation de notre pratique. Tsé, un peu ça, préservation d'une identité, d'une pratique. » (Entrevue 3, 110). De plus, au niveau de ses objectifs reliés à la pratique du suivi, l'organisme cherche à « se situer parmi les chefs de file des organismes communautaires qui oeuvrent dans le même secteur d'activités » (Objectifs et philosophie de gestion, 2005)

6.2. Environnement local – Description de la sous-région

D'après le découpage des territoires locaux de l'île de Montréal, la sous-région Nord est bordée par deux sites (ou territoires) administratifs définis, soit le Centre de santé et de services sociaux de Bordeaux-Cartierville - Saint-Laurent (06) et le Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord (07). En termes d'infrastructures publiques, le territoire (site) 06 inclut deux CHSLD-CLSC, soit celui de Bordeaux-Cartierville²⁷ et celui de Saint-Laurent, ainsi qu'un hôpital de première instance, l'Hôpital du Sacré-Coeur. Dans le domaine de la santé mentale, cet hôpital possède le Pavillon Albert-Prévost, étant un Hôpital universitaire à vocation psychiatrique faisant partie du réseau universitaire intégré de services (RUIS). De plus, au niveau des services de maintien dans la communauté, l'hôpital offre le Suivi intensif dans la communauté (SIC). La population de ce territoire serait d'environ 124 600 et majoritairement francophone (57,2%) (ADRLSSSS Montréal, 2004 : 63). Le territoire (site) 07 quant à lui comprend deux CLSC, soit celui d'Ahuntsic et celui de Montréal-Nord et un hôpital local (CH) avec unité psychiatrique : le centre hospitalier Fleury. Le centre hospitalier offre le Suivi intensif dans le milieu (SIM) comme mesure de maintien dans la communauté. La

²⁷ Cet établissement a changé de nom au cours de l'année 2004-2005. Anciennement le CLSC Nord de l'île, il est devenu le CLSC Bordeaux-Cartierville.

population de ce territoire est d'environ 161 400 et également majoritairement francophone (85,2%) (ADRLSSSS Montréal, 2004 : 63). La sous-région comprend une quinzaine de ressources communautaires et alternatives en santé mentale, dont neuf forment le Regroupement des organismes communautaires et alternatifs du Nord (ROCAN).

Il est aussi à noter que la sous région Nord possède un historique de concertation en santé mentale, ce qui fait qu'elle représente une région pilote pour l'implantation de programme : « Y'a un historique ici dans la sous région qui fait qu'on est souvent choisi comme projet pilote. Alors y'a déjà une dynamique... on a été sélectionné à la Régie pour.... comme région pilote, pour aller entendre parler des réseaux de services intégrés quand je suis arrivé en 2001. » (Entrevue 3, 245)

6.3. Concertation et partenariat dans le cadre des réseaux locaux de services

6.3.1. Membership communautaire et/ou alternatif ou autre

L'organisme est membre du Regroupement des organismes communautaires et alternatifs du nord (ROCAN) au niveau sous-régional ainsi que du Regroupement des organismes offrant du suivi alternatif et communautaire (ROSAC) et du Réseau alternatif et communautaire des organismes en santé mentale (RACOR) au palier régional. Au niveau provincial, il est membre du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) et de l'Association québécoise de réadaptation psycho sociale (AQRP).

6.3.2. Comités dans le cadre des réseaux locaux de services intégrés

Deux espaces de concertation ont été mis en place dans la sous-région Nord permettant aux organismes communautaires de participer à l'implantation des réseaux de services.

De plus, suite à la parution du Plan d'action 2005-2010, un projet pilote du MSSS portant sur le suivi communautaire et impliquant une forme de reddition de compte aux organismes s'est mis sur pied. Notre analyse des rapports interorganisationnels portera sur le déroulement de ces espaces de concertation.

6.3.2.1. Comité clinique du réseau local du Nord de l'Île

Comme les réseaux locaux de services intégrés s'imposent comme nouvelle modalité d'organisation des services, la table de concertation tripartite en santé mentale de la sous région Nord, mise en place depuis la fin des années 1990, et son sous-comité clinique communautaire ont pris fin en décembre 2004. La table de concertation tripartite a été remplacée par le Comité clinique du réseau local en santé mentale du Nord de l'Île qui rassemble des acteurs des territoires administratifs des CSSS 06 et 07. Au départ, ce comité, présidé par une personne représentant l'Hôpital Albert-Prévost, était uniquement composé de la direction des établissements publics de santé de la sous-région (06 et 07). Il fut décidé en septembre 2004 de convier les principaux organismes communautaires à prendre part aux travaux d'implantation de la première phase du réseau local via ce Comité clinique.

Une douzaine de rencontres ont eu lieu entre octobre 2004 et février 2006 regroupant les gestionnaires et praticiens des établissements du réseau public, principalement des CSSS 06 et 07, des organismes communautaires ainsi qu'une personne chargée de l'implantation du projet (Rapport annuel 2004-05). Au cours de ces rencontres, les différentes organisations ont été invitées à se concerter sur la transformation des services à travers diverses étapes identifiées dans le projet organisationnel et clinique et dans le Plan d'action 2005-2010. Les principales étapes auxquelles l'organisme affirme avoir participé sur ce Comité concernent :

- 1) l'inventaire des ressources et l'élaboration d'une grille présentant l'organisation des services offerts sur le territoire;

- 2) l'analyse de situations cliniques permettant de dégager des mesures facilitant l'accessibilité, la continuité, et la complémentarité des soins et services aux personnes;
- 3) la formulation d'une vision et d'énoncés de valeurs censés guider les actions;
- 4) la précision de l'offre de services;
- 5) la définition des rôles et responsabilités de chacun dans ce réseau.

Le travail effectué a porté principalement sur la construction des structures et des mécanismes de liaison clinique (logique bottom up), la clarification des valeurs portées par les membres du Comité ainsi que leur rôle dans le réseau local. Parmi les nouvelles structures organisationnelles mises en place, on note la création d'un comité clinique de soutien et de liaison étant une « structure d'échange interactive et fonctionnelle entre les agents de liaison²⁸ du réseau local, les organismes communautaires et les autres organismes du milieu » (Rapport comité clinique, 2006 : 24). L'implantation de la phase I du Comité clinique du réseau local en santé mentale de la sous-région Nord s'est complétée en janvier 2006 et a donné lieu à la rédaction d'un rapport synthèse intitulé « *La vision, les valeurs et les liens en action* ». Le coup d'envoi officiel du Plan d'implantation du réseau local en santé mentale sur ces deux territoires eut lieu en date du 7 février 2006.

6.3.2.2. Table santé mentale du projet clinique du CSSS 07

Au niveau local, le comité de liaison psychiatrie de l'Hôpital Fleury, ayant été dissous en mars 2005, a fait place à la table du projet clinique en santé mentale du CSSS Ahuntsic Montréal-Nord (07) en avril 2005 (Rapport annuel 2004-05). Privilégiant l'analyse des données populationnelles avant le travail de concertation terrain (logique top down) pour

²⁸ La fonction d'agent de liaison est apparue dans le Plan d'action 2005-2010 et consiste à créer des ponts entre les ressources du milieu, les personnes concernées (usagères) et l'ensemble du personnel autour de cette personne (Plan d'action 2005-2010, 2005 : 71).

l'implantation du projet clinique Ahuntsic Montréal-Nord, cette table santé mentale est exclusive²⁹ au site CSSS 07.

Depuis avril 2006, l'organisme participe à l'élaboration des cibles et des mesures pour le CSSS AM-N (07). Cette démarche a comme objectif d'identifier les actions prioritaires des acteurs du territoire en considérant les critères de problématique, les critères d'efficacité de l'intervention, les critères économiques ainsi que la faisabilité des actions (Rapport annuel 2005-06). Une fois les cibles et les manques identifiés selon les données populationnelles, il est attendu que le CSSS AM-N (07) sollicite des organismes, institutionnels, communautaires et privés via les ententes de services. Ces ententes de services devraient inclure les différents éléments du protocole défini par l'Agence régionale dans le document Cadre de référence régional (2006). Encore en processus pendant la rédaction de ce mémoire, nous ne pouvons avoir une lecture complétée des travaux de cette table, mais les enjeux entourant les ententes de services et la formalisation des rapports demeurent bien présents. Ils seront abordés plus en détail dans la partie discussion au chapitre VIII.

Notons que les travaux effectués par le Comité clinique du réseau local en santé mentale de la sous-région Nord auront servi à alimenter à la fois le projet du réseau local des CSSS 06 et 07. Autrement dit les travaux effectués en bottom up dans le Comité clinique, c'est-à-dire la vision et les valeurs, devraient être rejoint par le top down des travaux du CSSS 07.

6.3.2.3. Projet pilote Portrait sur l'activité en suivi communautaire

Comme le secteur de la santé mentale est inclus dans la démarche de gestion par résultats du MSSS, ce projet pilote fait suite au suivi des objectifs prioritaires prévus dans le plan stratégique ministériel (Plan d'action 2005-2010, 2005 : 87). Le Ministère souhaite dresser le portrait du nombre de personnes (usagères) bénéficiant du soutien d'intensité

²⁹ Le terme exclusive vient spécifier que les acteurs institutionnels du CSSS 06 n'y participent pas. Par contre, les acteurs communautaires invités du territoire y sont inclus.

variable et du suivi intensif partout au Québec, que les services soient offerts par les CLSC, les hôpitaux ou les organismes communautaires. Dans ses démarches, le MSSS a identifié à l'échelle du Québec trente-six (36) organismes communautaires effectuant du suivi communautaire en santé mentale répondant à ses critères pour l'activité de soutien d'intensité variable. En décembre 2005, le MSSS a sollicité ces trente-six (36) organismes communautaires pour qu'ils remettent aux Agences de leur région respective des statistiques concernant le nombre de personnes différentes qui utilisent leur service de suivi pour une période donnée. Le RRASMQ a été désigné lors de cette rencontre comme intermédiaire entre les organismes et le Ministère. Les réelles intentions du MSSS relativement à ce portrait des activités demeurent vagues et nous ne pouvons que spéculer sur ses objectifs. Nous discuterons des implications possibles de ce projet pour l'organisme communautaire dans la partie discussion au chapitre VIII.

Lorsque nous avons débuté les entrevues en septembre 2005, nous ignorions que le MSSS projetait de faire l'inventaire des activités de suivi communautaire. Comme ces démarches ont mobilisé un comité *ad hoc* sur les pratiques de suivi communautaire au RRASMQ et que l'organisme étudié en fait partie, nous avons cru nécessaire de tenir compte de cette expérience en déroulement et de l'inclure dans notre analyse.

6.4. Acteurs impliqués

Entourant l'organisme de suivi alternatif communautaire, les principaux acteurs dont nous nous préoccupons dans ce mémoire sont : le centre hospitalier du territoire 07, l'hôpital du site 06, deux CLSC ainsi que, du côté communautaire, un organisme offrant de la réadaptation. Au plan local, nous devons également mentionner la présence d'une personne chargée de projet responsable de la mise en place du réseau dans sa première phase d'implantation. Puis, au palier régional, nous ne pouvons exclure ni l'Agence régionale de Montréal ni le MSSS ni les regroupements dont l'organisme fait partie (ROSAC, RRASMQ) de notre liste d'acteurs car, bien qu'ils ne fassent pas partie de l'organisation locale des services, leur rôle dans le système d'action à l'étude est important.

6.4.1. Perception des autres acteurs

Afin de mieux comprendre les stratégies de l'organisme, nous avons cherché à connaître ses perceptions des autres acteurs impliqués, particulièrement au niveau des stratégies, des intentions et des positions perçues.

6.4.1.1. Chargée de projet

La personne chargée de projet et responsable de la mise en place du réseau dans sa première phase d'implantation a assuré un leadership et a alimenté les participants sur les concepts et les visions dans le développement du réseau de services (Entrevue 4, 263) Selon l'organisme, cette personne connaissait bien la sous-région, pour y avoir déjà travaillé et connaissait aussi bien les dynamiques tant du milieu institutionnel que communautaire (Entrevue 3, 247) Sa vision prônait un transfert égalitaire de connaissances entre le communautaire et l'institutionnel (Entrevue 4, 261-265) Il note également chez cette personne une volonté de rapprocher le travail du terrain et le travail administratif, c'est-à-dire de joindre le bottom up et le top down. La présence de cette personne pour piloter le Comité dans sa première phase d'implantation a été identifiée par l'organisme comme une dimension facilitatrice au processus.

6.4.1.2. Établissements publics

De façon générale, les établissements publics sont perçus par l'organisme comme faisant partie de la communauté. Il perçoit leur approche d'intervention comme différente de la leur : « ils ne font de l'intervention communautaire » (Entrevue 3, 18), mais conçoit que, tant le CLSC que l'hôpital représentent des entités physiques faisant partie intégrante de la communauté. L'organisme avance toutefois que les établissements entre eux, n'adopte pas une vision commune sur leur identité. Il note que lors des rencontres du Comité clinique, le CLSC mettait beaucoup l'accent pour que les organismes utilisent le nouveau

terme générique CSSS lorsqu'ils traitaient de l'hôpital. Selon l'organisme, l'identité de l'hôpital et du CLSC ont disparu lors des fusions, faisant aussi disparaître leur distinction, bien qu'il croit que ce sont les CLSC qui se sont fusionnés à l'hôpital davantage que l'inverse (Entrevue 4, 88-90)

6.4.1.3. Agence régionale de Montréal

L'organisme perçoit l'Agence régionale comme un acteur jouant un rôle d'intermédiaire entre les organismes et les demandes du MSSS. Il se questionne toutefois sur le rôle de l'Agence régionale dans l'ère du local. Pour l'organisme, son maintien demeure important car l'Agence gère le PSOC, sa seule source de financement.

6.4.1.4. Ministère de la santé et des services sociaux

L'organisme accorde au MSSS un rôle d'importance hiérarchique car c'est lui qui décide des priorités. Concernant l'étude du MSSS sur le portrait des activités de soutien d'intensité variable, bien qu'il ne connaissant pas ses intentions, il croit que ce dernier fait un inventaire de ce qui existe actuellement dans ce service afin de savoir où il doit investir : « je te dirai de façon cynique, qu'il fait un état de situation du communautaire pour savoir comment le moins investir possible dans les CLSC. » (Entrevue 3, 214) Selon l'organisme, le MSSS se situe dans un dilemme à savoir qui il financera pour l'atteinte des cibles :

[...] alors notre intérêt d'y participer c'est d'espérer le financement, mais on ne sait pas les intentions du ministère. Quant tu fais un inventaire c'est pourquoi ? [...] Financer plus ce qui coûte pas cher [...] mais qui ne veut pas de contrôle sur l'argent que tu lui donnes ou... ça c'est ma perception du ministère, son dilemme à lui, c'est qui est ce que je finance ? Est ce que je finance plus, de plus en plus celui qui en fait qui coûte pas cher, mais qui à chaque fois que je lui demande du contrôle il se braque ou, compte tenu de ce que je sais qu'ils font déjà, j'en offre, j'en investi le moins possible dans les CLSC, puis c'est de l'argent que je vais contrôler. (Entrevue 4, 105-109)

Le MSSS aurait donc le pouvoir d'imposer la reddition de compte aux organismes et ces derniers devront faire un choix : « Moi je pense que c'est ça la game. Parce qu'on refuse d'être contrôlé alors on en aura pas des 200 000, 400 000 d'injections massives. Tout nouvel argent dorénavant va venir avec du contrôle. [...] Alors c'est ça la game. Si on refuse le contrôle on va perdre l'argent. » (Entrevue 3, 216-218) La question du financement et de la reddition de compte sera de façon plus approfondie dans la discussion au chapitre VIII.

6.4.1.5. Regroupements

Du côté des regroupements alternatifs et communautaires dont le RRASMQ, l'organisme pense que celui-ci a la volonté de revoir la définition du suivi communautaire, mais de façon à ce qu'elle soit la plus inclusive possible. Dans cet optique, tous les organismes auraient la liberté de développer des services de suivi communautaire. Concernant sa perception du ROSAC, l'organisme avance que les organismes membres ont des visions différentes au niveau de l'intégration dans les réseaux de services, mais que le regroupement de pratique demeure une ressource importante.

6.4.1.6. Autre organisme de la sous-région

Spécifiquement, concernant un autre organisme de la sous-région qui aurait cherché à revendiquer le suivi communautaire, l'organisme étudié perçoit qu'il cherche des moyens pour faire valoir sa pratique dans une optique de réinsertion sociale. Ayant développé un programme de soutien à la vie en appartement, cet autre organisme ferait plutôt de la réadaptation spécialisée de support au logement.

CHAPITRE VII

ANALYSE STRATEGIQUE

Rappelons que notre second objectif spécifique consiste à effectuer une analyse stratégique de l'expérience d'intégration partenariale d'un organisme de suivi communautaire. L'analyse des entretiens individuels, la consultation de la documentation portant sur les réseaux locaux et sur l'organisme ainsi que l'observation participative lors des réunions du conseil d'administration nous ont permis de poser un regard sur son positionnement dans diverses situations de jeu (Crozier et Friedberg, 1992). Pour bien débiter notre analyse, il convient de rappeler certains concepts de l'analyse stratégique appliqués à cette expérience d'intégration³⁰.

Tout d'abord, on ne peut cerner les dynamiques sans définir le **système d'action**³¹ à l'intérieur duquel se déroulent les **jeux**. Dans notre recherche, le système d'action concret est représenté par l'ensemble des jeux structurés entre l'organisme communautaire et les acteurs publics dans l'implantation du réseau local de services. Leurs interrelations dans la dynamique locale d'intégration sont élaborées autour du projet clinique et organisationnel et du Plan d'action 2005-2010. Au fur et à mesure qu'avance notre réflexion, nous constatons que nous ne pouvons limiter le système d'action aux relations entre l'organisme et les établissements publics seulement représentés par les C.S.S.S. Dépendamment des situations de jeux et des acteurs impliqués, le système s'agrandit pour inclure le M.S.S.S., l'Agence régionale et les regroupements régionaux tel le ROSAC et le RRASMQ.

³⁰ Pour un rappel des notions conceptuelles du raisonnement stratégique voir la figure 4.3.

³¹ L'emploi du caractère gras relève les concepts clés du raisonnement stratégique.

Les jeux se déroulent entre les **contraintes spécifiques** représentées par les divers enjeux positifs et négatifs de l'intégration et les **capacités d'action** des acteurs. L'application des projets organisationnel et clinique et du Plan d'action 2005-2010, engendrent des contraintes spécifiques qui peuvent réduire la marge de liberté de l'organisme. En effet, les entrevues et l'analyse du contexte relèvent diverses contraintes extérieures qui demandent une adaptation et nécessitent un repositionnement de l'organisme. Les enjeux les plus importants reliés à ces contraintes seront traités dans la partie discussion au chapitre VIII.

À l'intérieur du système d'action tout comme dans les jeux, les processus en élaboration sont régulés par les **règles** et normes. De façon globale, les lois 25 et 83 ont modifié les règles administratives entre les acteurs impliqués dans la distribution des services de santé. Le projet clinique et organisationnel (2004), le Plan d'action en santé mentale (2005), le Cadre de référence régionale : Partenariat avec les organismes communautaires (2006) et dans une moindre mesure, la Politique gouvernementale en matière d'action communautaire (2001), sont les documents formels qui balisent les jeux entre les acteurs. Au palier local, le rapport du Comité clinique (2006) est également un document qui sert à définir les règles organisationnelles. Au départ, l'adhésion de l'organisme et sa participation à l'atteinte des objectifs de santé définis régionalement se fait sur une base volontaire (*Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services des santé et de services sociaux*, 2003, article 335). Les ententes de services, elles aussi élaborées selon une base libre et volontaire entre les organismes et les CSSS représentent des modalités de financement cadrant les rôles, mandats, pratiques et responsabilités propres à chacun des acteurs (Cadre de référence régional, 2006). Nous retenons que la position que décide de prendre l'organisme et ses stratégies va influencer la définition des règles qui structurent le jeu. Inspiré des écrits d'Yves St-Arnaud³², l'organisme a développé son schéma de référence et sa propre réflexion sur la façon d'entrer en relation et de collaborer dans le travail en réseau (Rapport Annuel 2004-05), ce qui influence son positionnement. Pour lui, les règles de la coopération de St-Arnaud sont devenues des balises à la transformation des services (Rapport annuel 2004-05, 2005 : 7).

³² Dans son livre *L'interaction professionnelle, efficacité et coopération*, St-Arnaud propose d'évaluer les composantes structurelles et relationnelles de l'action à travers le développement d'une compétence relationnelle basée sur les règles de la coopération.

L'interdépendance entre ces acteurs est démontrée de plusieurs façons, tant par la documentation que par le contenu des entrevues. D'un côté, le suivi communautaire est reconnu dans l'organisation des services et légitimé par plusieurs documents gouvernementaux officiels depuis 1998. Dans sa sous-région, l'organisme est le seul officiellement reconnu comme offrant le suivi communautaire (Rapport Comité clinique, 2006). De plus, il est le seul organisme communautaire reconnu dans sa sous-région par le MSSS pour le soutien d'intensité variable : « On a changé le mot, mais on en a fait une priorité. Le soutien d'intensité variable auprès des personnes fait partie des priorités. Alors nous on sent qu'on fait partie des priorités, donc ce pour quoi on nous appelle pour la reddition de compte. » (Entrevue 4, 73). L'organisme sait que ses services sont reconnus comme prioritaires : « pour certains qui ne font pas partie de ça, que moi je fait partie de ça et je fais partie d'une priorité du Ministère. » (Entrevue 3, 263) L'organisme dépend de la reconnaissance du gouvernement à le considérer comme un acteur contribuant à l'organisation des services. Son évolution historique nous démontre également qu'il a transformé son mandat pour s'adapter aux demandes de la Régie régionale en 1995. En commençant à offrir le suivi communautaire, l'organisme s'est donc assuré l'accès à un meilleur financement. Au plan local, l'organisme perçoit qu'il bénéficie d'une reconnaissance clinique : « Alors on a une importance par rapport au volume qui circule puis à la pratique elle-même d'intégration et de liaison. [...] C'est une reconnaissance. On a été reconnu comme ceux qui devaient absolument être là pour former le comité de base parce qu'on a une pratique naturelle d'intégration et de liaison. » (Entrevue 4, 147) et d'une reconnaissance dans l'organisation globale des services : « Moi, ça me sécurise jusqu'à un certain point je sais que je suis une modalité, un moyen d'assurer une priorité. Ça fait que je me sens important. » (Entrevue 3, 261)

D'un autre côté, compte tenu que d'une part, le MSSS ne cherche assurément pas à grossir les effectifs de l'État et que d'autre part, il reconnaît que le soutien d'intensité variable est une priorité (Plan d'action 2005-2010, 2005), il a besoin de la contribution des organismes de suivi communautaire déjà en place pour offrir ce service en vue d'atteindre ses cibles prioritaires. Les CSSS, chargés de coordonner la mise en place des réseaux de services, s'attendent à signer des ententes avec les organismes et établissements correspondant aux critères d'intensité variable dans l'optique que ces

derniers soient redevables à la population et donc imputables à l'atteinte des objectifs des données populationnelles. En tant qu'organisme se définissant comme une entreprise de services (Entrevue 1) se sentant déjà intégré au niveau informel (Entrevue 3), son interdépendance avec le réseau public est d'autant plus grande. L'organisme dépend en quelque sorte du financement et de la reconnaissance offerte par le gouvernement et à l'inverse, le gouvernement a besoin de l'organisme pour la dispensation des services de suivi communautaire.

7.1. Analyse des jeux

Nous avons pris soin au chapitre VI d'identifier la structure formelle de l'organisation locale (caractéristiques contextuelles et organisationnelles) dans laquelle se déroulent les rapports ainsi que les acteurs entre lesquels se déroulent les rapports. Nous explorons dans cette section l'analyse de trois situations de jeu choisies à travers les stratégies et positions de l'organisme dans l'implantation des réseaux locaux de service et nous analyserons par la suite ses stratégies d'après la grille de Billette, White et Mercier.

7.1.1. Première situation de jeu - Défendre sa pratique

Dans le déroulement des étapes du projet clinique au sein du Comité clinique, l'organisme a dû prendre position plus d'une fois lorsqu'un autre acteur est venu revendiquer la pratique du suivi communautaire. La grille présentant l'organisation des services en santé mentale offert sur le territoire de la sous-région Nord identifie divers services de proximité dont les services de crise, le soutien au logement, le suivi intensif et le suivi communautaire pour ne nommer que ceux-là. Les membres et partenaires du Comité clinique ont entériné que l'organisme se situe dans la catégorie du suivi communautaire et dans celle du soutien au logement (Rapport du Comité clinique, 2006 : 20) Là où le jeu prend forme, c'est que lors de l'étape d'élaboration de la grille présentant l'organisation des services sur le territoire de la sous-région, un CLSC a revendiqué lui aussi faire du suivi communautaire. Selon l'organisme, l'intérêt du CLSC de prôner le

suivi communautaire est relié à une prise de position stratégique en vue d'implanter son équipe santé mentale, mais aussi au financement qui lui est relié (Entrevue 4 : 81) La stratégie de l'organisme a été de défendre sa pratique pour s'assurer qu'il n'y ait pas de faux joueurs qui réclament le suivi communautaire : « Parce que c'est attirant le soutien, on sent que c'est une priorité alors d'autres pourraient faire valoir qu'ils en font. Alors c'est la préservation de notre pratique. Tsé un peu ça, la préservation d'une identité, d'une pratique. » (Entrevue 3, 110)

Lors des rencontres du Comité clinique, l'organisme avance que les établissements mélangeaient volontairement les concepts de « communautaire » et « dans la communauté »³³ (Entrevue 3, 24) afin de se donner une plus grande marge de manoeuvre face au communautaire. La définition du suivi communautaire utilisée dans les travaux du Comité clinique réfère à celle du modèle de soutien et coordination des services du document *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale* paru en 2002. Cette définition spécifie que : « Les interventions se déroulent dans le milieu de vie des personnes ou dans ceux qu'elles fréquentent. » (Rapport Comité clinique, 2006 : 32). L'argumentaire de l'organisme pour défendre sa pratique a porté sur la définition utilisée du suivi communautaire et sur l'utilisation de données publiques concernant le CLSC. L'organisme a pu montrer que les différents professionnels du CLSC avaient réalisé près de 300 visites à domicile dans la dernière année et a insisté sur le fait que ces interventions se situaient dans la catégorie « consultation professionnelle et suivi » de la grille des services en santé mentale de la sous-région plutôt que dans la catégorie du suivi communautaire. Comme l'organisme a pris l'initiative depuis 2001 de développer des outils pour compiler des statistiques de fréquentation de ses services, il a pu présenter une comparaison de ses statistiques d'intervention à domicile avec celles du CLSC. Ce faisant, il a fait valoir sa propre pratique de suivi en prouvant qu'il réalise annuellement plus de 3500 interventions dans « le milieu de vie » comparativement au CLSC qui réalise la majeure partie de ses interventions dans ses bureaux. Selon l'organisme, les visites à domicile du CLSC réfère

³³ Le terme « communautaire » réfère aux organismes communautaires, c'est-à-dire issus des besoins de la communauté et le terme « dans la communauté » porte un sens relié à l'espace, aux lieux où se déroule l'intervention et est synonyme du terme « dans le milieu de vie. »

aux services de suivi après une démarche entreprise au CLSC plutôt qu'à des services dans la communauté.

En regard du fait que le CLSC déclarait faire du suivi communautaire, l'organisme a réagi en interpellant la chargée de projet qui agit comme interlocuteur relais avec le CLSC. Le pouvoir s'est négocié en marge du Comité clinique car ni les revendications de l'organisme ni le réajustement de la position du CLSC n'ont été discutés ouvertement et formellement. Afin de ne pas être diminué dans ses possibilités d'action futures, l'organisme agit de façon proactive dans la défense de sa pratique en s'assurant d'être au bon endroit dans la grille d'organisation des services, mais aussi en vérifiant à quelle catégorie de services les autres acteurs s'identifiaient. En définitive, le CLSC en question s'est retiré de la catégorie du suivi communautaire libérant l'organisme d'une contrainte de compétition possible.

Au même moment dans le déroulement du processus d'implantation du réseau, le MSSS identifiait l'organisme comme ayant des activités de soutien d'intensité variable dans le cadre de son étude *Portrait des activités de suivi communautaire* et non le CLSC en question. Cela est venu confirmer sa position et son importance dans l'organisation des services de sa sous-région. Par contre, cela n'a pas empêché un autre organisme ayant développé un programme de soutien à la vie en appartement, identifié dans la grille d'organisation des services du comité clinique sous la catégorie du soutien au logement, de s'intéresser au soutien communautaire en revendiquant faire de l'insertion sociale. Comme la pratique du suivi communautaire est reconnue comme un moyen pour atteindre une priorité du gouvernement depuis 1998, cela en fait une pratique enviable pour les différentes organisations, particulièrement celles dont les services sont similaires au suivi communautaire comme le soutien au logement, le suivi post-hébergement ou le soutien à la vie en appartement. Encore ici, c'est la définition du suivi communautaire qui est en cause, mais cette fois elle agit comme une contrainte dans le jeu. Selon l'organisme, cette définition est tellement englobante qu'elle implique que d'autres acteurs veulent s'y coller :

Parce que la définition du soutien part des trois grandes formes de services, elle parle d'activités, de réadaptation, traitement et d'insertion... sociale... [...] Ce faisant presque qu'exclusivement dans le milieu de vie [...] si on revoit la définition, ce qui a pu contribuer aux perceptions, c'est que tout le monde s'y

voyait. La définition est tellement large que tout le monde peut s'y voir dans un morceau de définition. (Entrevue 4, 149-153)

Les moyens utilisés par l'organisme pour défendre sa pratique ont donc été de prendre position lorsqu'un autre acteur (le CLSC) revendique sa pratique en misant sur le fait que, conformément à la définition du suivi communautaire, toutes ses interventions se réalisent « dans le milieu de vie ». C'est aussi en utilisant de façon précise la définition du suivi communautaire et en faisant une démonstration statistique sur le nombre de visite effectuées dans le milieu de vie que l'organisme a exploité sa marge de manoeuvre et a protégé la pratique du suivi alternatif communautaire face au CLSC.

Par contre, c'est le caractère inclusif de la définition qui a également ouvert la porte à une possible compétition avec un autre organisme communautaire sur le territoire. N'ayant pas davantage d'information sur le positionnement de l'autre organisme, nous pensons qu'il s'agit plus d'une intention manifestée que d'une revendication formelle. Néanmoins cela démontre un intérêt pour la pratique du suivi communautaire.

7.1.2. Deuxième situation de jeu - Compétition avec les services des hôpitaux

La deuxième situation de jeu qui retient notre attention se rapporte à la contrainte de la compétition avec des acteurs publics, soit les hôpitaux. Les deux hôpitaux du territoire sont reconnus comme effectuant du suivi intensif dans la grille présentant l'organisation des services en santé mentale offerts sur le territoire de la sous-région (Rapport comité clinique, 2006 : 20) Les services de suivi intensif et de soutien d'intensité variable se distinguent notamment par l'intensité du soutien à offrir à la personne et aussi par leur continuité avec le milieu hospitalier. Ils occupent toutefois la caractéristique commune de se dérouler « dans le milieu de vie des personnes ou dans les milieux qu'elles fréquentent » (Rapport Comité clinique, 2006 : 32) Ce qui rend le jeu contraignant, c'est que selon l'organisme, les services de suivi « dans le milieu de vie » de ces hôpitaux ne sont pas reconnus formellement comme des services de suivi intensif selon les critères du MSSS. Pour effectuer du suivi intensif, les intervenants doivent effectuer quatre rencontres ou plus par mois pour le même client. Selon l'organisme, ce n'est pas le cas

pour ces deux hôpitaux qui, avec des moyens limités, rencontrent leur client entre deux et quatre fois par mois : « Alors, dans les faits, ils font deux à quatre rencontres par mois comme nous, mais avec une clientèle plus sévèrement atteintes. » (Entrevue 4, 86) Ceci implique donc que dans la réalité des services de la sous-région, les hôpitaux n'offrent pas des services de suivi intensif, comme la grille du Comité clinique l'indique, mais plutôt informellement des services de soutien d'intensité variable, tout comme l'organisme : « Ça fait que ça au niveau de la perception des intérêts de collaborer, on est considéré égal. Nous faisons tous les deux du soutien d'intensité variable, mais avec une clientèle différente. » (Entrevue 4, 86)

Le fait que les hôpitaux généraux n'aient pas les moyens des centres hospitaliers psychiatriques quant aux services de suivi dans la communauté implique donc informellement qu'ils doivent concurrencer avec les autres organisations qui offrent le soutien d'intensité variable. Ce qui est anticipé par l'organisme comme une contrainte importante, c'est une possible modification de sa clientèle et par le fait même de sa pratique : « ...c'est le moins sévèrement atteint de leur patient, va devenir le plus des nôtres actuels. Faque on pourrait assister à un changement de clientèle... et par le fait même de pratique. Ça c'est une perspective à laquelle les intervenants pourraient être confrontés. » (Entrevue 4, 100) afin de conserver leur place dans l'organisation des services. Afin d'aider ses partenaires du réseau à faire circuler des clients et à désengorger les lits des hôpitaux – et ce faisant, en participant aux objectifs du Plan d'action 2005-2010 - l'organisme pourrait être appelé à modifier sa pratique de relation d'aide professionnelle vers de la prise en charge pour répondre aux besoins identifiés par le MSSS. À cet effet, l'organisme accepte l'implication du fait d'être reconnu : « c'est la conséquence du fait d'être... qu'on existe et du fait d'être reconnu, c'est qu'on participe, on est déjà là... participant à l'accomplissement d'une des priorités. » (Entrevue 3, 82) Il perçoit la légitimité de son rôle dans l'organisation des services et reconnaît la compétition en place dans le réseau de la santé mentale (Rapport annuel 2005-06, 2006 : 10)

Bien que cette contrainte ne soit pour l'instant qu'une anticipation et que les hôpitaux, eux, ne revendiquent pas formellement le soutien d'intensité variable, l'organisme prend déjà position en consolidant ses possibilités. Il sait que ses services sont reconnus

professionnellement comparables à ceux des services publics (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2004 : 18), mais aussi, qu'ils sont offerts à moindre coût. Dans l'éventualité où le MSSS décide d'investir davantage dans le soutien d'intensité variable, l'organisme anticipe qu'il financera plutôt les établissements, car il peut de cette façon, contrôler son financement : « Si y'a un investissement massif, [...] on pense que c'est aux établissements qu'il va les donner. Parce que c'est là qu'il peut contrôler. Si on refuse de se faire contrôler, pourquoi il investirait chez nous. » (Entrevue 3, 216) Par contre, dans le contexte actuel et avec la restriction des moyens, l'organisme croit que dans le rationnel du MSSS, financer les organismes communautaires représente une meilleure option : « Est ce qui va nous financer nous parce qu'on coûte pas cher, avec peut être un petit peu de contrôle sans qu'on s'en aperçoive en bout de ligne. Ou compte tenu que ça existe, c'est ça l'inventaire, on identifie ce manque là dans la région alors on finance le public parce que c'est de l'argent qu'on contrôle. » (Entrevue 4, 111) Ce qui pour plusieurs apparaît comme une menace semble, pour l'organisme, détourné de son sens pour être plutôt considéré comme un avantage. Dans ce jeu, c'est l'attitude stratégique de l'organisme face aux contraintes de financement et de compétition que nous devons retenir.

7.1.3. Troisième situation de jeu - Front commun avec le ROSAC

Le troisième jeu mis en lumière découle du palier local, mais se déroule au niveau régional. Il faut donc agrandir notre système d'action et considérer trois joueurs de la réorganisation des services, soit l'Agence régionale, les établissements du CSSS et le Regroupement du suivi alternatif communautaire (ROSAC) L'organisme croit qu'une des stratégies des CSSS serait de prôner la disparition des Agences régionales : « on peut penser que l'institution va prôner la disparition des agences, si y'a des économies à faire dans le réseau, on pense que les gens du réseau vont dire : "Faites donc disparaître ce palier-là, donnez-nous l'argent et nous on va gérer nos relations avec notre communautaire dans le local." » (Entrevue 4, 133) L'Agence régionale de Montréal occupe deux rôles importants pour l'organisme. D'une part, elle le reconnaît comme un des acteurs responsables du soutien d'intensité variable sur l'Île de Montréal et d'autre part, elle gère l'attribution des subventions du PSOC dont provient la totalité de son

financement. L'Agence agit donc à titre d'interlocuteur relais entre l'organisme et le MSSS : « je pense qu'on va continuer de demander d'être protégé par le PSOC, puis que l'Agence préserve notre identité pour qu'elle soit un peu notre espèce d'imprésario là. C'est un peu une relation à trois où elle négocie, elle sert d'intermédiaire pour nous entre l'hôpital qui fait pression pour répondre à son imputabilité. » (Entrevue 4, 133) Comme les instances locales (CSSS) sont redevables au MSSS et non aux Agences régionales selon la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et de services sociaux et autres dispositions législatives* (2003), cette anticipation nous apparaît possible dans l'éventualité d'une modification de la législation actuelle. Le projet organisationnel et clinique indique que les organismes communautaires concernés auront à définir leur modalité de collaboration avec les CSSS (2004 : 60) et que l'Agence continuera de s'occuper de la gestion du PSOC « dont le mode de financement évoluera en continuité avec le mode actuel de soutien à la mission globale » (2004 : 61) Si le soutien à la mission globale est appelé à diminuer au profit d'un financement par entente de services, l'affaiblissement des relations des organismes avec l'Agence donnerait beaucoup de pouvoir aux CSSS sur leur territoire. Sur ce point, l'organisme prône le maintien des Agences afin de conserver son interlocuteur relais : « Alors que, nous, on pourrait prôner le statu quo. Pour garder notre imprésario, notre intermédiaire entre le ministère et... ça va directement du ministère au CSSS qui, lui, se retourne dans sa communauté. » (Entrevue 4, 135)

Afin de ne pas être contraint à un financement local par entente de services envers les CSSS et, ce faisant, voir son autonomie réduite, l'organisme adopte une stratégie d'alliance avec les autres organismes de suivi alternatif communautaire membre du ROSAC pour le maintien de l'Agence régionale. Adhérant au principe de l'offre de services et se situant en accord avec les cibles régionales du MSSS concernant le soutien d'intensité variable, les organismes du ROSAC se regroupent et font front commun en offrant à l'Agence de se répartir entre eux les cibles du soutien d'intensité variable à atteindre pour l'île de Montréal. Cette stratégie associative vise principalement à éviter la compétition entre les organismes de suivi alternatif communautaire en réponse aux appels d'offres régionales. Les membres du ROSAC faisaient face à deux logiques les obligeant à prendre position : « Alors là soit qu'on postule les neuf là-dessus les huit [organisme du ROSAC]. On postule individuellement, mais y'a juste nous qui a été appelé. [...] puis la

Régie offre le projet au plus offrant, au meilleur soumissionnaire. [...] Ou soit que nous on s'entende entre nous pour dire : on va vous déléguer vous autres. C'est ce qu'on a fait. » (Entrevue 3, 275-277). Pour ne pas être livré uniquement avec les CSSS, les membres du ROSAC proposent à l'Agence de répondre ensemble à un certain pourcentage des cibles régionales identifiées par le MSSS et de se répartir le reste entre eux selon les besoins. Cela poursuit également l'objectif d'assurer aux organismes de suivi alternatif communautaire situés près des centres hospitaliers psychiatriques de Montréal (Ex : Douglas dans le Sud-ouest ou encore L-H Lafontaine dans l'Est) de ne pas avoir seulement à négocier leur financement au plan local au risque d'être écrasé. Cette stratégie démontre que la libre concurrence entre les organismes peut être contournée si les organismes se concertent et agissent de façon proactive.

L'organisme est prêt à adopter cette stratégie qu'il juge nécessaire dans le contexte (Entrevue 6) et évalue que ce front commun lui est favorable dans la mesure où il permet un maintien – non assuré, mais possible - de ses subventions à la mission globale et une préservation de la pratique du suivi alternatif communautaire. Une stratégie associative semblable a déjà été utilisée en 2001 par les membres du ROSAC concernant le désengorgement des familles d'accueil à Montréal (Entrevue 4). Bien qu'à ce moment les organismes n'avaient pas la contrainte du financement, ils ont réussi à se répartir l'offre de services entre eux, répondant ainsi solidairement aux besoins identifiés par le MSSS. La dimension protectionniste de la pratique du suivi alternatif communautaire démontre comment les organismes exploitent leur capacité d'action et comment ils peuvent se mobiliser au besoin.

Au plan individuel, l'organisme avance qu'une fois cette entente régionale conclue, il pourrait également aller chercher une partie de son financement par ententes de services dans une optique de développement organisationnel (Entrevue 6).

7.2. Tendances stratégiques de l'organisme

Après l'analyse de ces situations de jeu, revoyons quelles sont les orientations stratégiques de l'organisme dans son expérience de participation à la mise en place des

réseaux locaux de services d'après la *grille pour observer un partenariat*³⁴ de Billette, White et Mercier (1995) décrite au chapitre IV. Ces auteures identifient quatre stratégies de positionnement dans une expérience partenariale (cloisonnement/ouverture, orientation centrifuge/centripète, non-engagement/engagement dans le processus et dépendance/autonomie). Chacune des stratégies est basée sur un continuum, il existe donc huit (8) tendances stratégiques possibles. La démonstration des stratégies est appuyée par des extraits d'entrevues, des documents concernant l'organisme et par des références aux situations de jeu.

7.2.1. Ouverture sur ses partenaires

De prime abord, l'organisme démontre qu'il est engagé dans la nouveauté et ouvert aux possibilités de renouvellement (opportunités) qu'offre les réseaux. Il adopte donc une position *d'ouverture* à l'égard des établissements publics et de l'implantation du réseau de services comme l'indique ses orientations au niveau du fonctionnement externe pour l'année 2005-06 : « Continuer de participer aux projets cliniques et organisationnels [...] tout en restant ouvert et attentif aux possibilités de consolidation, voire de développement de notre organisme avec les partenaires des établissements du réseau public. » (Rapport annuel 2004-05, 2005 : III). Il reconnaît et promeut la légitimité de son rôle dans l'organisation des services : « C'est pas je lutte pour être inclus... je suis déjà inclus et je lutte pour ne pas être exclus. Ou ne pas avoir trop de compétiteur. » (Entrevue 3, 110) « Moi ça me sécurise jusqu'à un certain point. Je sais que je suis une modalité, un moyen d'assurer une priorité. Ça fait que je me sens important. » (Entrevue 3, 261). L'organisme reconnaît également la place qu'occupent les établissements dans le réseau de services en élaboration : «...une des première attitude quand tu acceptes ce mot-là (intégration) c'est de voir les établissements faisant partie de la communauté [...] le CLSC et l'hôpital sont dans la communauté. Ils ne font pas de l'intervention communautaire, mais ils sont dans la communauté, alors quand on parle de qu'est-ce qu'une communauté, et bien l'hôpital et le CLSC en font partie. ». Par contre, cette attitude d'ouverture ne se fait pas sans

³⁴ Billette I., White D. et C. Mercier, 1995, « *Les rapports dynamiques du processus partenarial. Un regard dans le domaine de la santé mentale* », Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention, conseil québécois de la recherche sociale.

bémol sur le rôle des établissements, particulièrement des hôpitaux : « la poursuite du traitement, réadaptation traitement, traitement réadaptation hors les murs parce que c'est encore l'hôpital qui poursuit son travail. Le mandat d'un hôpital c'est traiter, commencer à réadapter. Mais nous on va revendiquer l'insertion communautaire. C'est pas à l'hôpital à avoir une pensée communautaire. » (Entrevue 4, 187). La défense de la pratique tel qu'illustré dans le premier jeu dénote un certain cloisonnement, mais n'influence pas son attitude générale. Ce cloisonnement est, à notre avis, nécessaire car il permet l'exercice du débat et démontre que l'organisme peut faire des choix dans son intérêt.

Sa mission est de mettre la personne le plus en lien possible avec les ressources de sa communauté, c'est-à-dire mettre la personne en réseau, ce qui nécessairement implique le fait de travailler en concertation : « C'est-à-dire la personne est référée chez nous et on doit...on analyse sa demande, on étudie ses besoins et doit essayé de l'amener ailleurs dans d'autres ressources. » (Entrevue 3, 6) « ... c'est notre mission de mettre la personne en réseau. De s'entourer. Alors l'intégration, c'est d'abord ne pas travailler seul. C'est d'abord chercher à faire équipe, s'entourer. » (Entrevue 3, 12). De plus, il se montre ouvert au travail en réseau : « ...la forme du réseau de services intégrés moi je la trouve géniale si... elle est ce que je pense. Si elle sert vraiment à communiquer entre les services, à s'assurer qu'il y ait une continuité [...] et en plus qu'on s'interpelle et qu'on se dérange entre nous parce qu'on apprend de la différence des autres » (Entrevue 5, 80). Considérant les différences de visions et d'approches existantes entre le communautaire et l'institutionnel dans le travail en réseau, l'organisme indique que : « ...l'attitude de base de l'intervenant pivot c'est d'aider son client à conscientiser qu'il n'est pas seul avec moi. Nous ne sommes pas seul ensemble. Puis on va réunir l'ensemble des gens qui t'offre des services pour essayer de bien se comprendre. Parce que ça se peut que des fois on ait des clients complètement contradictoires. » (Entrevue 3, 198).

En somme, bien qu'il anticipe la possible compétition concernant la pratique du soutien d'intensité variable, particulièrement face aux instances du CSSS (deuxième situation de jeu), mais aussi face aux autres ressources, il conçoit le suivi communautaire comme un

service prioritaire fonctionnant de façon optimale lorsqu'il est en concertation³⁵ avec le réseau public.

7.2.2. Mi-centrifuge, mi-centripète

L'organisme se perçoit comme un acteur participant au processus d'implantation des réseaux de services. Il démontre sa capacité à avancer seul et à se positionner dans le processus de mise en place des réseaux de services au plan local comme le révèle la première situation de jeu. Se faisant, il adopte consciemment une stratégie d'orientation *centripète*, c'est-à-dire tournée vers le processus d'intégration :

Ben, nous autres même on nage dans la confusion, parce qu'il y a eu des processus qui se transforment en faisant. Tout n'est pas prévu en faisant. C'est un des principes systémiques aussi. On n'attend pas que tout soit prévu avant de marcher. Le chemin se fait en marchant. Alors eeeh... En anglais ils disent « work in progress ». Mais c'est une affaire de dire qu'on attend pas d'avoir toutes les données avant de partir. On les obtient en faisant. Puis c'est pour ça que ça se clarifie en faisant. (Entrevue 3, 206)

Se faisant, il accepte les contingences de la démarche et l'insécurité engendrée par la transformation des services. Ses stratégies de défense se sont donc élaborées de façon progressive au fur et à mesure du déroulement du processus.

Tout dépendamment des situations, le point de référence à son avancement et à son développement varie. Son implication dans plusieurs regroupements communautaires et alternatifs (ex : le ROSAC) représente un outil de réflexion et un lieux d'échange avec son milieu d'origine (communautaire et alternatif) comme le démontre la troisième situation de jeu. Cette stratégie d'orientation *centrifuge*, c'est-à-dire l'utilisation des ressources de son milieu d'origine pour définir son positionnement, appliquée à un système d'action régional, démontre sa marge de manoeuvre et l'éventail de ses choix face aux différentes contraintes du processus. Le fait que l'organisme se définisse à la fois comme une entreprise de services prenant une part active à l'organisation des services de santé mentale et comme un organisme ayant un enracinement et une structure de

³⁵ On entend par concertation, les liens étroits entre les différents acteurs, les actions planifiées, les rôles partagés et une vision commune de la définition de la situation.

fonctionnement alternatif, appuie le caractère versatile mais déterminé de son positionnement.

7.2.3. Engagement dans le processus

Restant fortement lié au milieu communautaire et alternatif, notamment à sa communauté de pratique du suivi alternatif communautaire (ROSAC), il démontre la capacité de se détacher de ses origines pour prendre une part active et *engagée* à l'organisation des services. Invité à siéger sur le Comité clinique et la table santé mentale dans sa sous-région, il participe également à un Comité politique sur la définition du suivi communautaire au RRASMQ. Il se sent concerné par les enjeux de l'implantation des réseaux locaux de services en santé mentale sur son territoire, comme le démontre la défense de sa pratique dans la première situation de jeu. Il demeure convaincu que son implication sur le Comité clinique et sur la table locale en santé mentale s'effectue dans une optique de développement (Entrevue 6) afin d'améliorer les services aux personnes et également d'assurer une vision et une approche communautaire dans le réseau en préconisant ses valeurs de flexibilité, d'ouverture et de créativité. Il cherche à jouer un rôle significatif dans le processus et même à faire valoir son influence sur les autres participants.

7.2.4. Autonomie et dépendance

Concernant le quatrième axe de stratégies qui réfère à l'accès et l'utilisation des différentes ressources (informationnelle, humaine, financière), l'organisme tend vers le pôle de l'*autonomie*, bien qu'il entretienne également des caractéristiques de dépendance. Son membership à divers regroupements communautaires et alternatifs tant au plan local que national, ainsi que son implication aux différents comités de concertation en santé mentale de sa sous-région font de lui un acteur bien « réseauté » informellement. De plus, le fait d'avoir développé une organisation du travail dans laquelle une personne s'occupe de l'administration et une autre s'occupe à la fois de la direction et de la supervision

clinique permet d'assurer une bonne gestion et un bon fonctionnement interne. Au plan organisationnel et clinique, l'organisme apparaît comme un joueur important dans sa sous-région, car il est le seul à être reconnu par l'Agence et par le MSSS comme offrant le suivi communautaire de type soutien d'intensité variable. Il travaille à se donner une position de choix ainsi qu'une marge de manoeuvre dans ses rapports avec les établissements comme le démontrent les deux premières situations de jeu.

Toutefois, il se questionne sur les avantages et inconvénients de la formalisation des rapports avec les établissements. Au plan financier, il bénéficie actuellement d'une subvention récurrente du PSOC lui permettant une autonomie financière sur ses dépenses et sur la gestion administrative de ses fonds. Dans l'éventualité du désagrégement de l'enveloppe PSOC et de son remplacement progressif par une augmentation du financement par des ententes de services avec les CSSS, l'autonomie financière pourrait être fragilisée réduisant ainsi sa marge de manoeuvre rendant l'organisme plus dépendant financièrement. Le luxe³⁶ dont bénéficie l'organisme jusqu'à maintenant lui permet de réfléchir sur ses stratégies et son positionnement. Il ne fonctionne pas dans des conditions d'existence difficiles et précaires sans appui financier ni expertise reconnue. Sur ce point, il occupe donc les deux tendances soit *autonome* sur plusieurs aspects de son fonctionnement et *dépendant* de la place privilégiée qu'il occupe dans les priorités étatiques.

La présentation de ces tendances stratégiques démontre l'aspect dynamique qui a ponctué la mise en place des réseaux locaux et nous permet de mieux comprendre les positions de l'organisme dans son intégration.

³⁶ Le terme « luxe » est utilisé par un des informateurs (Entrevue 4, 205) pour qualifier le fonctionnement et l'organisation du travail dans l'organisme.

CHAPITRE VIII

DISCUSSION

Les deux chapitres précédents ont permis de définir le contexte local de l'action (chapitre VI) et d'explorer les stratégies des acteurs, particulièrement celles de l'organisme de suivi communautaire face aux acteurs institutionnels (chapitre VII). À ce stade, nos objectifs spécifiques de recherche sont atteints. À partir de nos questions de recherche, nous voulions explorer comment se structure et se déroule l'intégration à travers le processus de mise en place des projets organisationnel et clinique. Nous voulions également explorer la dynamique du processus en cherchant à connaître les stratégies utilisées par les acteurs, les nouvelles normes en élaboration ainsi que les exigences et finalités contribuant à la redéfinition des rapports. La discussion nous permet d'approfondir notre réflexion sur l'ensemble de ses questions. Dans un premier temps, nous identifions les conditions favorables au positionnement de l'organisme et ensuite, nous discutons des enjeux spécifiques reliés aux contraintes de l'intégration afin de réfléchir sur la question de pouvoir.

8.1. Conditions facilitatrices

Le processus dynamique étudié possède des caractéristiques qui lui sont propres. Nous pouvons, à la lumière des résultats analysés, dégager certaines conditions internes et externes à l'organisme qui ont renforcé le déroulement du processus d'intégration.

8.1.1. Conditions internes à l'organisme

Pour l'organisme, plusieurs ressources lui ont permis de se positionner stratégiquement au cours du processus. Ces conditions concernent son attitude dans le processus, sa vision de l'intégration, son expertise interne ainsi que son adhésion aux regroupements.

8.1.1.1 Attitude ouverte

Comme le démontre la perception qu'entretient l'organisme envers les établissements publics au chapitre VI ainsi que la première tendance stratégique énoncée au chapitre VII, l'organisme adopte une attitude ouverte face aux établissements publics et aux réseaux locaux de services. Cette position d'ouverture se situe à la base des rapports de collaboration et de négociation avec les autres acteurs. Selon Crozier et Friedberg (1992), si un des acteurs se cloisonne trop ou se retire du jeu, il déstructure les relations. Tel que relevé dans la recension d'écrits, l'ouverture de l'organisme tant dans son discours que dans ses actions (Billette, White et Mercier, 1995) ainsi que son attitude favorable face aux autres acteurs dans le partenariat (Clément, Tourigny et Doyon, 1999) représentent des conditions indispensables au bon déroulement du processus.

8.1.1.2. Vision positive de l'intégration

Les entrevues nous démontrent que l'organisme entretient une vision positive de l'intégration : « alors c'est ça je te dirais l'intégration c'est...[...] considérer qu'on est pas séparé des autres. On est toujours intégré dans quelque chose. L'intégration, c'est naturel. On est... puis moi en perspective systémique, je crois qu'on peut, on peut être intégré et différencié à la fois. [...] Je pense qu'il y a moyen de se différencier tout en restant intégré. » (Entrevue 3, 28). Le fait d'être déjà intégré informellement à un réseau de services par la pratique du suivi communautaire renforce sa vision positive et son sentiment d'appartenance. Bien que plusieurs enjeux liés à l'intégration pourraient être contraignant pour l'organisme, sa perception de l'intégration comme un principe naturel à l'intérieur duquel il peut se différencier tout en restant intégré, représente assurément une condition facilitatrice au processus.

8.1.1.3. Expertise sociale et technique

Ce que nous appelons l'expertise sociale et technique au sein de l'organisme fait aussi partie des éléments favorables au développement du processus. Quelques études, parmi celles recensées au chapitre III (Panet-Raymond et Bourque, 1991, Dupperé, 1992, Clément, Tourigny et Doyon, 1999), mentionnent l'importance des qualités humaines des individus impliqués dans la concertation avec d'autres acteurs. En ce qui concerne l'organisme, les habiletés de négociation des individus impliqués sur les Comités ont constitué une ressource importante pour le positionnement stratégique de l'organisme tel que le démontre le premier jeu. Aussi, au niveau organisationnel, la répartition des tâches administratives dans l'organisation du travail présentée au chapitre VI, permet à la personne directrice de dégager du temps pour se mettre à jour sur des dossiers politiques, pour siéger sur les Comités de concertation et pour effectuer la réflexion nécessaire à une démarche de positionnement stratégique. Le développement d'outils statistiques comptabilisant les interventions dans le milieu de vie tel qu'abordé dans la première situation de jeu, représente également un élément utile qui renforce l'expertise technique de l'organisme.

8.1.1.4. Participation à plusieurs regroupements

Pour Crozier et Friedberg, une des dimensions de pouvoir concerne la maîtrise des relations avec l'environnement (Crozier et Freidberg, 1992 : 85). L'adhésion à des regroupements défendant des intérêts se rapportant au domaine de la santé mentale représente donc une ressource informationnelle importante qui renforce la connaissance des relations à l'environnement et permet à l'organisme de raffiner son positionnement stratégique. Comme le démontre la troisième situation de jeu, l'organisme utilise l'association à son regroupement de pratique pour agrandir sa marge de manoeuvre face aux CSSS. Savard, Turcotte et Beaudoin (2004) avaient souligné l'importance du réseau d'information communautaire pour la défense des intérêts communs. Notons également

que pour Panet-Raymond et Bourque (1991) et Duval et al. (2005), la représentation en regroupement est identifiée comme une stratégie de rebalancement du pouvoir.

8.1.2. Conditions externes à l'organisme

Les conditions externes réfèrent aux ressources qu'offre le contexte dans lequel se trouve l'organisme. Les éléments ayant eu une influence favorable sur le déroulement du processus semblent concerner la présence de la chargée de projet, la dynamique de la sous-région, la reconnaissance de l'organisme et sa crédibilité auprès de ses partenaires, son financement récurrent ainsi que la taille des CSSS avec lesquels l'organisme doit négocier.

8.1.2.1. Personne chargée de projet compétente et rassembleuse

Comme identifié dans les perceptions des autres acteurs au chapitre VI, l'organisme avance que la présence de la personne chargée de projet qui a agi comme interlocuteur-relais, mais aussi comme leader du développement du projet d'implantation, a beaucoup facilité le déroulement du processus et le développement de la confiance envers la mise en place d'un réseau de services. Cette personne connaissait bien la dynamique sous-régionale et connaissait également bien les mondes communautaires et institutionnels. Sur cette condition, Panet-Raymond et Bourque (1991) et Clément, Tourigny et Doyon (1999) avancent que la présence d'une personne-relais assurant un rôle d'intermédiaire dans les relations entre les parties représente une condition facilitant les rapports. Ces auteurs n'ont cependant pas étudié si la condition demeurerait lorsque la personne assurait également le leadership du projet.

8.1.2.2. Dynamique sous-régionale

Due à la tradition de concertation des acteurs en santé mentale de ce territoire, la dynamique propre à la sous-région a été identifiée par l'organisme au chapitre VI comme une caractéristique facilitatrice au processus. Cette caractéristique du territoire sous-régionale ne peut répondre à elle seule de la dynamique émergente reliée à l'intégration aux réseaux locaux de services. Elle joue tout de même un rôle sur les perceptions des réseaux et de l'intégration.

8.1.2.3. Reconnaissance et crédibilité

Apparue plusieurs fois dans les résultats, la reconnaissance de l'organisme comme un acteur important dans la structure de services de santé mentale de sa sous-région représente, à notre avis, un avantage énorme dans son positionnement. Son identification par l'Agence régionale comme un organisme ayant des activités de soutien d'intensité variable lui confère non seulement une crédibilité auprès de ses partenaires, mais aussi un positionnement enviable pour les autres organismes au sein d'une structure de services tel que le démontre la convoitise du suivi communautaire présentée dans la première situation de jeu.

8.1.2.4. Financement PSOC récurrent

Le financement récurrent provenant du programme SOC avec accréditation continue représente certes un facteur externe très important à un positionnement stratégique. En effet, l'absence de précarité, la stabilité du financement et le fait de se situer dans les priorités étatiques sont des caractéristiques facilitatrices³⁷ reliées à la question du financement. Duval et al. (2005) mentionnent cette condition comme un enjeu important pour la transformation des pratiques des organismes.

³⁷ Deslauriers identifie ces caractéristiques au secteur du communautaire gras, c'est-à-dire aux organismes privilégiés qui sont bien organisés, bien structurés et qui possèdent une bonne gestion et un bon fonctionnement dues à des caractéristiques tant internes qu'à des possibilités externes (Deslauriers, 2003 : 36-38)

8.1.2.5. Taille des Centre de santé et services sociaux

Comme identifiée dans les travaux de Richard (2005), la taille des organisations représente une variable administrative importante relative aux processus d'implantation des réseaux locaux. La participation des organismes communautaires quant à la consultation, planification et organisation des services est plus complexe dans les CSSS de grande taille, notamment ceux où il y a un gros hôpital ou où le territoire administratif est trop étendu. De plus, les CSSS de grande taille sont davantage sujets à la bureaucratisation, ce qui rend les processus d'implantation encore plus administratif. Dans notre étude, bien que le pavillon Albert-Prévost représente un joueur important en tant qu'hôpital universitaire à vocation psychiatrique, l'organisme juge que la participation du communautaire était considérée au sein du Comité clinique du Nord de l'Île. Nous avançons donc que la taille des CSSS impliqués n'a pas influencé négativement le processus de consultation.

Tableau 8.1. Synthèse des conditions facilitatrices au processus d'implantation du réseau local de services relevées dans l'étude de cas

Conditions internes à l'organisme	Conditions externes à l'organisme
Attitude ouverte face aux établissements	Présence chargée de projet
Vision de l'intégration	Dynamique sous-régionale
Expertise technique et sociale	Reconnaissance et crédibilité
Participation à plusieurs regroupements	Financement PSOC
	Taille des CSSS

8.2. Enjeux reliés à l'intégration

L'analyse stratégique que nous avons réalisée met en lumière plusieurs enjeux reliés à l'intégration de l'organisme au cours du processus d'implantation du réseau local de services. Ces enjeux représentent des contraintes spécifiques au système d'action, car ils

influencent la capacité d'action de l'organisme. Ce dernier doit donc constamment s'adapter en cherchant à maintenir et à agrandir sa marge de manoeuvre face aux contraintes du processus d'intégration. Nous pouvons identifier six dimensions regroupant les différents enjeux et touchant la question des rapports dynamiques entre l'organisme et les établissements publics. Ces dimensions sont : la reconnaissance, l'évaluation et la reddition de compte, le financement, la formalisation, la compétition et l'autonomie. Voyons, à travers ces dimensions, comment s'articulent les enjeux autour de l'intégration.

8.2.1. Reconnaissance

La reconnaissance de l'organisme comme un acteur participant à l'accomplissement des priorités gouvernementales reliées au suivi communautaire est considérée d'emblée comme un avantage. Mais cette reconnaissance implique également que les autres acteurs du système d'action développent des attentes envers l'organisme. Comme c'est le cas dans nos résultats, la conséquence du fait d'être reconnu comme un organisme de soutien d'intensité variable par le MSSS et comme un acteur clinique par ses partenaires de la sous-région implique que son rôle dans l'organisation des services est quasi prédéterminé.

Pourtant, il existe, à notre avis, une différence entre le fait d'être reconnu et le fait d'être désigné comme un acteur important dans un réseau. La reconnaissance implique la notion de choix ainsi que la liberté de définir, sans contraintes extérieures, l'adhésion ou non à l'accomplissement d'une priorité, alors qu'une désignation prend plutôt le sens d'une institutionnalisation imposée ou d'un partenariat forcé³⁸. Ces deux notions nous rappellent l'enjeu de l'autonomie des organismes qui est fort d'actualité depuis la Réforme Côté (1991). Dans notre étude de cas, l'organisme démontre qu'il exerce sa capacité de choix, mais dans les mesures définies par les documents officiels qui balisent l'actuelle réforme.

³⁸ Les notions d'institutionnalisation imposée et de partenariat forcé sont utilisées dans le livre de Jean-Pierre Deslauriers *Travailler dans le communautaire*, 2003.

Le fait d'être un organisme reconnu permet un positionnement favorable dans les bonnes grâces du gouvernement. En contrepartie, cela amène des obligations reliées au fait d'être une priorité. Dans son historique, l'organisme a modifié son mandat en 1995 pour répondre à une priorité naissante à ce moment, soit l'avènement du suivi communautaire. Il a ainsi cherché à s'adapter aux exigences extérieures et ce faisant, il a dû accepter et se préparer aux implications de la reconnaissance gouvernementale. Dans le contexte des réseaux locaux de services, où on le reconnaît pour un rôle précis, c'est-à-dire un organisme ayant des activités de soutien d'intensité variable, il fait le choix en tant qu'acteur d'occuper une position ouverte face aux réseaux de services. L'arrivée de nouvelles exigences telles que la participation à l'étude du MSSS et la signature d'ententes de services, l'oblige une fois de plus à faire des choix. Il doit choisir entre le confort de son fonctionnement actuel et l'atteinte des cibles identifiées, au risque que les attentes extérieures soient plus élevées que celles qu'il se fixe lui-même.

Étant reconnu comme un expert du suivi communautaire, l'organisme bénéficie d'une marge de manoeuvre considérable dans ses négociations. Néanmoins, le fait d'avoir choisi de ne pas développer d'autres sources de financement que le PSOC, réduit du même coup sa marge de liberté. La reconnaissance se situe donc nécessairement en lien avec le financement et l'autonomie.

8.2.2.Évaluation et reddition de compte

La reddition de compte, qui peut être définie comme une démarche permettant d'expliquer l'utilisation des fonds reçus pour la poursuite de la mission de l'organisme, de ses objectifs ainsi que de ses activités, ne fait pas, jusqu'à maintenant, partie de la réalité de l'organisme. Les seuls documents à fournir à l'Agence régionale, dans son cas, concernent son rapport annuel et ses états financiers vérifiés. L'étude du MSSS sur le portrait des activités de soutien d'intensité variable est la première enquête qui nécessite une forme de reddition de compte à l'organisme et cette reddition est jugée moins exigeante que celle que l'organisme se demande lui-même (Entrevue 5). Ayant développé ses propres outils d'évaluation (statistique de fréquentation, évaluation du personnel, satisfaction de la clientèle), il entretient une vision juste de la reddition de compte. Il

semble conscient des contraintes possibles associées à une reddition de compte étouffante, mais attribue à cette dernière un caractère de vérification légitime de la part du subventionnaire : « Et dans la mesure où on n'est pas parfaitement autonome c'est normal qu'on rende des comptes. Si tu me donne de l'argent parce que tu trouves que ma cause est bonne, c'est normal que tu vérifies si je fais quelque chose avec l'argent pour la cause que tu supportais. » (Entrevue 5, 56). Toujours selon l'organisme, la reddition de compte, tant qu'elle ne brime pas la créativité et ne tend pas à devenir bureaucratique, permet un regard sur le travail à l'interne : « Ça oblige à faire des temps de bilans, des temps où l'on remet en question la fréquence... ça se peut que l'input de remettre en question la fréquence, elle soit administrative, mais qu'en bout de ligne ce soit le clinique qui en profite. » (Entrevue 5, 64). Dans cette vision, c'est donc le niveau d'exigence de la reddition de compte qui pourrait être une contrainte et non la reddition en tant que tel.

Dans la problématique au chapitre II, nous avons soulevé le problème relié aux critères d'évaluation des déterminants de la santé. Tout comme la mise en réseau des services, qui repose en grande partie sur la confiance entre les professionnels des différentes organisations (Rapport Comité clinique, 2006 : 15), le soutien d'intensité variable, tel qu'offert par l'organisme, repose sur l'établissement d'un lien de confiance significatif entre les intervenants et les personnes. La reddition de compte des activités de soutien d'intensité variable ne doit pas, à notre avis, chercher à mesurer l'efficacité de l'organisme par des standards extérieurs à la pratique du suivi alternatif communautaire. Les mesures quantitatives de volume, tel que le nombre de personne ayant bénéficié du suivi sur une période donnée, ne doivent servir que de point de repère à la pratique et non être des critères d'évaluation. Même si l'organisme accepte que les fonds puissent venir avec du contrôle, il est conscient qu'une reddition de compte trop pointue peut le limiter dans ses choix et ainsi nuire à son autonomie.

Un des enjeux reliés à la reddition de compte qui pourrait survenir dans la phase II de l'implantation des projets cliniques - car l'organisme croit que le gouvernement va augmenter progressivement ses demandes (Entrevue 6) - est de ne pas tendre simplement vers une logique d'efficacité et d'atteinte de résultats. Bien que l'organisme semble posséder les conditions pour faire face à la demande et démontrer sa pratique, la crainte que le contrôle surpasse la réflexion critique qui accompagne leur évaluation actuelle

demeure. La séparation entre les pratiques d'évaluation autonomes (provenant des organismes) et les pratiques d'évaluation découlant des exigences des bailleurs de fonds existe déjà dans les écrits sur l'évaluation dans les organismes communautaires (Duval et al, 2005, Hébert, Fortin, Fournier et coll., 2006). Ces écrits relèvent des procédures et des enjeux différents pour chacune des pratiques d'évaluation. Dans le cadre qui nous intéresse, nous nous questionnons sur le fait que les ententes de services, élaborées de façon complémentaire à des programmes soumis par le gouvernement, permettent une forme d'évaluation autonome en retour de la participation des organismes communautaires aux priorités gouvernementales.

L'évaluation et la reddition de compte recourent la question de la reconnaissance, car les documents provenant de l'association des CHSLD-CLSC dont s'est servi l'organisme pour démontrer la reconnaissance du suivi communautaire indiquent que les organismes communautaires devraient être soumis aux mêmes exigences de reddition de compte que les établissements (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2004). À notre avis, on ne peut séparer la reddition de compte et l'évaluation de la question du financement, ni exclure la question de l'autonomie organisationnelle, car elle peut avoir une influence sur la marge de manoeuvre de l'organisme.

8.2.3. Financement

Rappelons que le financement de l'organisme provient en totalité d'une subvention PSOC lui permettant de concentrer ses énergies à autre chose qu'à la recherche de fonds. Cette situation semble confortable et sécurisante pour l'organisme, mais aussi pour ses partenaires qui bénéficient de sa participation au bon fonctionnement de l'élaboration du réseau de services. L'enjeu majeur du financement est relié à la capacité d'action de l'organisme en fonction de son mode de financement. Autrement dit, un financement partagé entre un soutien à la mission et des ententes de services locales diminuerait la marge de manoeuvre de l'organisme sur ses actions et ses prises de décision augmentant ainsi sa dépendance aux établissements publics.

Dans la troisième situation de jeu, l'ouverture de l'organisme face à la possibilité d'aller chercher une partie de son financement par ententes de services démontre que ce mode de financement représente une option envisageable. Actuellement, le financement par ententes de services est perçu comme un extra où la contrainte se modifie en possibilité. Un revirement complet du mode de financement dans lequel la totalité des argentés seraient attribués par ententes de services constituerait une contrainte majeure pour l'organisme. Cela l'obligerait à se trouver de nouveaux subventionnaires et conférerait un grand pouvoir aux CSSS, chargés de convenir de ces ententes. De plus, comme la réforme valorise le travail en réseau et la concertation entre les acteurs, il y a lieu de se demander comment les modalités de financement pourront permettre de conserver l'esprit de collaboration. Denis Bourque (2006) a étudié la question en analysant quatre études de cas basées sur des expériences d'ententes de services entre établissements publics et organismes communautaires dans le cadre d'un programme de soutien aux jeunes parents. Il identifie deux tendances ou modèles d'ententes de services pour qualifier les expériences : le modèle de concertation et le modèle administratif. Le premier est considéré comme une opportunité de développement communautaire et le deuxième représente une contrainte pour les organismes, car il se base sur le principe de l'appel d'offre en vue d'adapter certains services dans une visée complémentaire (Bourque, 2006). Comme l'élaboration d'aucune entente de services entre l'organisme étudié et les CSSS n'avait eu lieu au moment de nos entrevues, nous ne savons pas comment a pu se dérouler l'expérience. Nous croyons toutefois que l'organisme perçoit la venue d'ententes de services dans une tendance de concertation comme il conçoit la signature d'ententes de services dans une optique de développement organisationnel (Entrevue 6).

8.2.4. Formalisation

La formalisation réfère, d'une part, à l'établissement d'un cadre clarifiant les rapports entre les acteurs (Crozier et Friedberg, 1992), mais aussi à une stratégie organisationnelle d'intégration des services (Fleury, 2004). Vue autrement, la formalisation serait une forme de codification des rapports qui sert à structurer le rapprochement interorganisationnel. Nous croyons que la pensée derrière l'avènement du modèle réseau valorise la formalisation des rapports, car elle vise à ce que chaque organisation occupe

un rôle précis dans la structure de services. Dans notre étude, les prises de position du CLSC et d'un autre organisme de la sous-région offrant de la réadaptation dans la première situation de jeu démontrent la systématisation organisationnelle des services que développe la nouvelle structure réseau. Plusieurs acteurs ont cherché à revendiquer l'étiquette du suivi communautaire pour se voir inclus dans une des catégories formelles du réseau de services. De plus, comme chaque organisation occupe une place spécifique dans le réseau de services afin d'éviter les doublons, il peut se créer un écart entre la reconnaissance formelle de cette organisation et ses pratiques informelles comme le démontre la deuxième situation de jeu avec les hôpitaux.

Les définitions du suivi intensif et du soutien d'intensité variable ne se rapportent pas à la catégorie d'organisation qui offre ce service (institutionnel ou communautaire), mais dépendent plutôt du ratio de personnes rencontrées sur une période donnée. La systématisation des définitions, bien qu'elle semble nécessaire pour ne pas faire perdurer l'ambiguïté, nous apparaît un facteur important de compétition. La nécessité d'une définition formelle de chaque service (exemple : suivi d'intensité variable, suivi intensif, soutien au logement) risque de systématiser davantage le réseau et de laisser pour compte certains services qui n'entrent dans aucune catégorie. À notre avis, une trop grande formalisation des services porte la contrainte soit de re-cloisonner le système, soit de créer un chevauchement entre les pratiques formelles et informelles comme le démontre la deuxième situation de jeu.

Vincent Lemieux, dans son livre *Les réseaux d'acteurs sociaux*, propose une réflexion intéressante sur la formalisation des organisations. Partant de la notion de réseaux³⁹, comme étant des « systèmes d'acteurs sociaux qui [...] propagent la transmission de ressources en des structures fortement connexes » (Lemieux, 1999 : 11), il avance que toute organisation va évoluer vers une forme de plus en plus structurée qu'il nomme « l'appareil ». Les organismes communautaires appartiendraient, selon la classification de Lemieux, aux réseaux de soutien. La formalisation serait donc un principe évolutif et qui plus est, irréversible. L'évolution de l'organisme exposé au chapitre VI illustre cette tendance appliquée à l'intégration d'un organisme de suivi communautaire à une structure

³⁹ Le concept de réseau selon Lemieux ne se rapporte pas à la définition du concept que nous avons présenté au chapitre I, soit la gouvernance réseau ou le travail réseau.

plus formelle d'organisation. Pourtant, en utilisant une stratégie d'association avec son regroupement de pratique tel que présenté dans le troisième jeu, l'organisme contredit ces propos. Ceci démontre donc qu'il peut, malgré un contexte contraignant, se positionner à son avantage et rebalancer le pouvoir.

Contraint par le temps, nous n'avons pu suivre la démarche complète d'élaboration des ententes de services au sein de la Table en santé mentale du territoire du CSSS 07. Selon nous, l'enjeu de la formalisation pour le suivi communautaire présente tout de même une double considération. Soit la formalisation des rapports risque de trop systématiser les services engendrant un nouveau cloisonnement entre les organisations⁴⁰, soit la formalisation, perçue de façon constructive, développera un nouveau modèle de relation. Pour contourner les risques d'une trop grande formalisation, le contenu des ententes écrites devraient donc être élaborés en collaboration.

8.2.5. Compétition

L'analyse met en lumière un aspect intéressant de la compétition interorganisationnelle. Comme les organismes sont reconnus – pour la plupart – comme des organismes autonomes en référence à l'action communautaire autonome, jusqu'où pourront-ils modifier leurs services afin d'avoir du financement ? Jusqu'où seront-ils compétitifs entre eux puisqu'ils sont autonomes ? La compétition existe déjà entre les organisations, même entre les organismes communautaires, particulièrement en ce qui a trait à la recherche de subventions (Deslauriers, 2003 : 35).

Dans un contexte qui permet la compétition, l'autonomie des organismes peut également jouer contre eux. Lorsqu'une organisation effectue des choix stratégiques dans une logique économique, rien ne l'empêche de se positionner en compétition avec les autres organismes. Le fonctionnement par appel d'offres du MSSS peut créer une forme de rivalité entre les organismes communautaires si les services tendent à être de plus en plus

⁴⁰ Ce qui nous apparaît paradoxal dans le contexte comme l'approche réseau vise à décloisonner le système.

systematisé et si les subventions proviennent de plus en plus d'entente de services. Dans le cas étudié, l'analyse des résultats des entrevues relève une possible compétition avec un autre organisme de la sous-région (jeu 1) et une compétition informelle avec les pratiques des hôpitaux (jeu 2). Le troisième jeu, par contre, nous démontre que, même si le contexte est propice à la compétition entre les organisations, les organismes communautaires peuvent exercer un pouvoir associatif qui, en plus de surpasser la contrainte de la compétition, laisse une marge de manoeuvre aux organismes sur leurs actions.

Selon Jean-Louis Laville et Renaud Sainsaulieu dans *Sociologie de l'association. Des organisations à l'épreuve du changement social* (1997), le mode de fonctionnement managériel grandissant au sein du milieu communautaire, issu du milieu de l'entreprise, place les organismes communautaires dans une logique différente de celle du monde associatif où la compétition est accentuée⁴¹. Ces auteurs avancent que pour être fonctionnelle, l'association doit naître d'une volonté collective, sans quoi elle demeure fragile (Laville et Sainsaulieu, 1997). Le développement de la pensée efficace et performante au sein des organismes communautaires, accentuée par la réforme Couillard-Charest⁴², se traduit dans notre recherche par un positionnement compétitif de l'organisme envers les établissements publics et les autres organismes communautaires afin de protéger sa pratique.

Ne se définissant plus strictement dans l'alternative ou dans le sens d'un organisme militant d'éducation populaire, mais plutôt comme un acteur de première ligne, l'organisme met en évidence son rôle de dispensateur de services et, par le fait même, s'inscrit en compétition avec les établissements du réseau public.

8.2.6. Autonomie

⁴¹ Cette tendance identifiée par Laville et Sainsaulieu, pourrait rejoindre l'école de pensée qui se rapporte à la nouvelle gestion publique mentionnée au chapitre II.

⁴² Les noms Couillard et Charest pour accompagner la Réforme en santé services sociaux sont utilisés par plusieurs auteurs, notamment Fournier (2005).

L'organisme étudié bénéficie d'une certaine autonomie sur ses actions et sur sa façon de gérer et de structurer ses services en autant qu'il continue à offrir le suivi communautaire. Tel que relevé dans les tendances stratégiques au chapitre VII, l'accès à plusieurs ressources (informationnelle, humaine, financière) le fait tendre vers une forme d'autonomie. La notion d'autonomie revêt toutefois diverses significations qui complexifient la réflexion.

Pour l'organisme, l'autonomie implique la liberté de faire des choix : « Être autonome, c'est faire des choix, c'est dire ce qu'on veut faire. » (Entrevue 3, 114). Son positionnement stratégique dans le processus démontre bien son autonomie et sa capacité de faire des choix. Il aurait pu s'accrocher à l'interprétation de la politique de reconnaissance de l'action communautaire autonome pour faire valoir son autonomie ou encore s'opposer aux projets cliniques craignant une diminution de sa marge de manoeuvre, mais il a plutôt fait le choix de s'ouvrir aux réseaux de services et de faire valoir son expertise en suivi communautaire. L'enjeu majeur réside surtout dans le maintien de cette autonomie, notamment en regard du maintien de ses activités et du choix de sa clientèle. Tant qu'il pourra se positionner, défendre sa pratique et exercer sa capacité de faire des choix, l'organisme démontrera son autonomie.

La réflexion de Jean Proulx (1997) sur l'enjeu de la complémentarité entre les organismes communautaires et l'État dans le cadre la loi 120 nous apparaît fort intéressante lorsqu'on cherche à comprendre l'enjeu de l'autonomie. Sa définition de l'autonomie (concept inverse à la complémentarité) réfère au cadre de la loi 120 stipulant que les organismes ont la liberté d'identifier les besoins de la communauté et les façons dont ils veulent y répondre. La loi 120 leur confère également le choix de s'associer ou non au réseau public afin de dispenser les services. Selon Proulx, autant l'intégration dans un réseau de services apparaît importante pour les acteurs institutionnels, autant l'autonomie semble primordiale pour les organismes communautaires. Les travaux de Duval et al. (2005) sur la transformation des pratiques des organismes communautaires, inspirés de la thèse de Proulx, identifient quant à eux l'autonomie à une logique d'action (logique autonomiste) dans laquelle peuvent se situer les organismes. En opposition à une logique complémentariste qui vise l'intégration des organismes sur un continuum de services, la logique autonomiste se rapporte plutôt à un mouvement social critique porteur de

changement social et de remise en question du système. Dans notre étude, l'évolution de l'organisme, qualifiée par le passage d'un organisme par et pour vers un organisme de services, retrace une formalisation de sa structure organisationnelle ainsi qu'un rapprochement vers une logique complémentariste.

Au sens où nous l'entendons, l'autonomie d'un organisme réfère à sa capacité d'action dans un contexte donné ou dans les termes propres à l'analyse stratégique, à sa marge de liberté. Crozier et Friedberg (1992) avancent que : « les acteurs ne sont jamais totalement libres et que d'une certaine manière, ils sont récupérés par le système officiel (système d'action) » (Crozier et Friedberg, 1992 : 44). Pour autant qu'il fasse partie du système de santé, l'organisme est donc contraint à entretenir une dynamique avec les acteurs institutionnels, car ces derniers font partie du système officiel. Tout comme le pouvoir, l'autonomie peut être comprise comme une propriété inhérente aux relations interorganisationnelles, car elle fluctue au fur et à mesure de l'évolution des négociations. Il s'agit d'une conception mouvante n'étant pas l'apanage exclusif de certains organismes. À notre avis, l'autonomie ne s'acquière pas, elle se négocie constamment.

8.3. Discussion autour des rapports

Au fur et à mesure de l'analyse du matériel, nous nous sommes aperçus que les enjeux identifiés au travers des dimensions s'entremêlaient les unes aux autres et qu'à chaque fois, l'organisme pouvait soit agrandir ou réduire sa marge de manoeuvre dans ses rapports avec les autres acteurs. L'enchevêtrement des enjeux démontre leur complexité, mais témoigne également du fait que l'exercice du pouvoir s'effectue de différentes manières selon les acteurs et les dimensions en cause.

8.3.1. Relations de pouvoir

Rappelons que selon la perspective stratégique, le pouvoir est une relation et non un attribut des acteurs. Pour Crozier et Friedberg (1992), « c'est un rapport de force, dont

l'un peut retirer davantage que l'autre, mais où, également, l'un n'est jamais totalement démuné face à l'autre. » (Crozier et Friedberg 1992 : 69). D'entrée de jeu, les rapports de pouvoir sont réciproques, mais déséquilibrés. Une relation de pouvoir est donc dynamique et basée sur les possibilités d'action d'un acteur face à l'autre. Considérant que le pouvoir est une relation et que les enjeux autour de chaque dimension présentée peuvent agrandir ou réduire la marge de manoeuvre de l'organisme, nous avançons que dans l'expérience étudiée le pouvoir s'est négocié à l'intérieur de chaque enjeu. (voir figure 8.1).

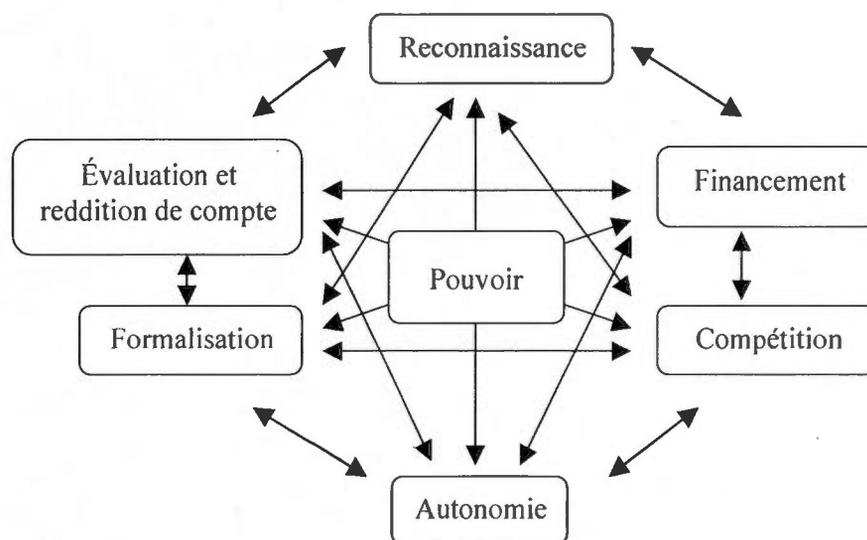


Figure 8.1. Interrelations entre les dimensions autour des rapports

Nous avons démontré que la reconnaissance de l'organisme était reliée à son financement et par le fait même, à son autonomie. Un organisme bien implanté dans son milieu et dont l'expertise et les compétences sont reconnues comme celui étudié, est plus à même de se positionner stratégiquement pour favoriser son intégration. Par ailleurs, un organisme reconnu dans les priorités gouvernementales reçoit plus de fond, mais est soumis au risque de devoir offrir ses services selon un cadre pré déterminé par autrui. Une forme de compétition peut alors naître entre les organismes ou entre les services soit pour l'obtention de financement, soit pour conserver ou augmenter l'autonomie. Sur ce point, la reconnaissance joue aussi un rôle primordial pour l'organisme qui risque de s'inscrire en compétition avec d'autres organisations offrant des services. La reddition de compte,

si appliquée à des fins de vérification davantage que d'évaluation, est aussi interreliée à la question du financement et de l'autonomie de l'organisme. Les définitions aux critères d'évaluation trop objectifs risqueraient soit d'exclure des organismes ou de resserrer la concurrence pour l'obtention de financement.

Au niveau de son identité organisationnelle, le fait de se définir comme une entreprise de services amène assurément une vision positive de l'intégration, car elle rapproche l'organisme d'un processus de structuration dans lequel il occupe une place privilégiée. Quoique la formalisation des rapports, perçu comme un enjeu fortement relié à l'autonomie, pourrait accentuée la compétition si elle cloisonne les organismes par services. En somme, dans le système local analysé, les relations de pouvoir se retrouvent imbriquées au coeur de chaque dimension.

Bien que plusieurs situations confèrent un plus grand pouvoir aux établissements publics, c'est-à-dire les situations où les contraintes réduisent les possibilités d'action de l'organisme, ce dernier affirme et actualise ses choix en cherchant à se positionner stratégiquement dans le modèle des réseaux de services. Fait intéressant, l'organisme n'identifie pas d'obstacle majeur au processus bien que les critiques des réseaux de services (chapitre II) et la recension sur les rapports (chapitre III) relèvent plusieurs enjeux et conditions contraignantes. Concevoir ces dimensions comme interreliées par des relations de pouvoir nous oblige également à considérer, simultanément et en interaction, ces dimensions. Elles ne sont donc pas statiques et mutuellement exclusives, mais mouvantes et dynamiques. Les rapports interorganisationnels entre l'organisme et les acteurs institutionnels s'inscrivent donc dans la perspective de la coopération conflictuelle au sens où cette dynamique permet une collaboration critique. Elle permet d'établir des liens avec les acteurs institutionnels tout en conservant et en améliorant la capacité de revendiquer et de se mobiliser en dehors des cadres formels⁴³.

⁴³ Cette définition de la coopération conflictuelle est inspirée de celle de Duval et al.(2005 : 23)

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

L'objectif général de ce projet d'étude est d'explorer et de mieux comprendre les rapports dynamiques entre un organisme de suivi communautaire en santé mentale et les établissements du réseau public sur un territoire donné de l'Île de Montréal dans le processus d'implantation des réseaux locaux de services intégrés. Comme nous l'avons exposé dans le contexte (chapitre I), l'intégration d'un organisme communautaire au réseau de services publics redéfinit les notions de partenariat, concertation et collaboration et l'approche réseau se présente comme la solution à la fragmentation et à la discontinuité entre les services. L'organisation des établissements publics est bouleversée par plusieurs changements et les rapports interorganisationnels entre ces derniers et les organismes communautaires se transforment. Les réseaux de services façonnent de nouvelles règles administratives et organisationnelles au niveau local dont une plus grande standardisation des rôles et responsabilités ainsi qu'une formalisation des rapports.

Dans une intention modeste, ce mémoire ne prétend pas avoir fait le tour de la question des rapports interorganisationnels entre un organisme de suivi communautaire et les établissements publics de son environnement local. De notre analyse, il semble que les diverses contraintes apportées par le contexte ou par les autres acteurs peuvent être contournées par l'organisme de suivi alternatif communautaire. Nous avons démontré la capacité de l'organisme à effectuer des choix stratégiques et à exploiter la marge de manoeuvre qui lui appartient dans ses rapports avec les autres acteurs en apportant un éclairage sur les enjeux entourant le processus d'intégration de l'organisme de suivi alternatif communautaire au réseau local de services.

En résumé, les stratégies utilisées par l'organisme se divisent en deux catégories : celles qui concernent les attitudes face aux processus d'élaboration des réseaux locaux de services et celles qui portent sur la valorisation et la défense de la pratique du suivi alternatif communautaire. On remarque que l'organisme étudié adopte une attitude

ouverte face à ses partenaires et une position engagée dans le processus. De plus, lorsqu'il doit défendre sa pratique, il démontre, selon le cas, un positionnement tourné vers le processus d'intégration (jeu I) ou une stratégie en front commun (jeu III) ayant comme point de référence son regroupement de pratique. Toutefois, il est exposé à la contrainte de la compétition, non seulement avec d'autres organismes, mais aussi avec les établissements publics (jeu II).

Des nombreux enjeux analysés concernant l'intégration de l'organisme aux réseaux de services, nous retenons six dimensions autour desquels s'articulent les rapports dynamiques entre l'organisme et les établissements publics. Nous sommes d'avis que ces dimensions (reconnaissance, évaluation et reddition de compte, financement, formalisation, compétition et autonomie) seront au coeur de la dynamique générale des rapports qui se développent actuellement ou se développeront dans le cadre de l'implantation des réseaux locaux de services intégrés. Nous pouvons également affirmer que les relations de pouvoir soulevées dans ce mémoire s'élaborent comme une dynamique permanente et complexe d'élaboration de compromis et que le pouvoir recouvre des enjeux relatifs aux six dimensions présentées.

Selon nous, la réforme actuelle impose une redéfinition du rôle et un repositionnement de la place du milieu communautaire au sein du système de santé. À la lumière des enjeux discutés au chapitre VIII, nous croyons, qu'en cherchant à systématiser davantage les services de suivi communautaire, le gouvernement risque par le fait même d'accentuer une compétition qui, bien qu'elle ne soit pas nécessairement malsaine, divisera encore plus les organismes du milieu communautaire. Une conséquence anticipée est de recréer, bien qu'à plus petite échelle, ce que le gouvernement à longterm a décrié, soit des services cloisonnés qui nuisent à la continuité.

L'avènement de l'intégration des services en réseaux locaux vient donc non seulement redéfinir les rapports entre les organismes communautaires et le réseau public, mais également redéfinir l'ensemble du milieu communautaire en accentuant le schisme entre

les organismes de services et les organismes militants d'éducation populaire⁴⁴. Les organismes de services reconnus par le gouvernement et s'inscrivant dans les priorités étant davantage favorisés, particulièrement ceux qui offrent des activités comparables aux activités prioritaires du MSSS.

À la lumière de l'expérience étudiée, nous pouvons avancer que le réseau de services représente une organisation humaine, systématique et complexe. Bien que plusieurs règles administratives encadrent cette organisation, elle repose en grande partie sur la collaboration entre professionnels, collaboration dans laquelle les intérêts des acteurs et leurs stratégies se confrontent, engendrant une dynamique permanente d'élaboration de compromis. Aussi structurée soit-elle, la mise en place des réseaux locaux intégrés de services en santé mentale semble confrontée à un défi immense. Elle doit joindre la logique de la concertation - et donc aussi comme nous l'avons démontré avec notre étude de cas, de la négociation dans une optique de coopération conflictuelle - à la logique intégrée de la hiérarchie.

D'autres recherches devront être réalisées afin de mieux cerner et de mieux comprendre la nouvelle dynamique dans laquelle évoluent les rapports entre ces acteurs. Les recherches sur les réseaux locaux de services intégrés impliquant le communautaire devront non seulement se réaliser au palier local afin de bien cerner la réalité en cours, mais devront également toujours tenir compte des dimensions de reconnaissance, de reddition de compte, de financement, de formalisation, de compétition et d'autonomie. Il serait donc fort intéressant que d'autres études de cas soient réalisées, localement, entre organismes communautaires et établissements publics en tenant compte de ces dimensions. De plus, comme il n'existe pas qu'un seul modèle pour qualifier les rapports entre les acteurs communautaires et institutionnels, chaque expérience doit, à sa façon, tenter de rendre compte de la réalité vécue, en prenant en compte l'aspect dynamique des rapports interorganisationnels ainsi que les relations de pouvoir qui lient les acteurs les uns aux autres.

⁴⁴ Jocelyne Lamoureux utilise le terme « double nature » des groupes du mouvement communautaire pour qualifier cette division (Lamoureux, 1994).

REFERENCES

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006, « *Cadre de référence régional : Partenariat avec les organismes communautaires* », Montréal, Janvier 2006.

Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2004, « *Offre de services de première ligne en santé mentale. Cahier I : Contexte et orientations* », Montréal, Août 2004.

Billette, I., White D. et C. Mercier, 1995, « *Les rapports dynamiques du processus partenarial. Un regard dans le domaine de la santé mentale* », Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP), Rapport de recherche, Conseil québécois de la recherche sociale.

Bourque, Denis, 2003, « *Essai d'une typologie du partenariat* », Cahier du centre d'études et de recherche en intervention sociale (CÉRIS), Avril 2003.

Bourque, Denis, 2004, « *Nouvelle donne dans les rapports entre réseau public et organismes communautaires* », Co-publication LAREPPS et CÉRIS, Cahier du LAREPPS, no 04-32, Juillet 2004.

Bourque, Denis, 2006, « *Ententes de services et nouveaux partenariat public/communautaire : Quatre études de cas* », Co-publication CÉRIS et LAREPPS, Cahier du LAREPPS, no 06-08, Mai 2006.

Bourque, Gilles, 2003, « *Le modèle québécois de développement. De l'émergence au renouvellement* », Collection pratiques et politiques sociales, Presses de l'université du Québec, 235p.

Carrier, S., Dumas-Laverdière, C. et D. Gagnon, 2005, « *Menaces et opportunités pour le travail social de l'intégration des services dans le cadre des réformes actuelles. Une exploration à partir du dispositif de gestion de cas* », Nouvelles pratiques sociales, vol.18, no 1, 183-189.

Clément, M-E, Tourigny, M. et M. Doyon, 1999, « *Facteurs liés à l'échec d'un partenariat entre un organisme communautaire et un CLSC : une étude exploratoire* », Nouvelles pratiques sociales, vol.12, no 2, 45-64.

Crozier, M. et E. Friedberg, 1977 [1992], « *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective* » Paris, Éditions du Seuil, 500p.

Demers, L., Dupuis, A. et M. Poirier, 2002, « *L'intégration des services passe-t-elle par la fusion d'établissement ?* », Santé mentale au Québec, vol.XXVII, no 2, 74-92.

Demers, L., Pelchat, Y. et G. Côté, 2002, « *Intégration institutionnelle et institution des*

services : *L'expérience de la région des Laurentides* », Recherches sociographiques, vol.XLIII, no 3, 549-576.

Deslauriers, J-P. et R. Paquet, 2003, « *Travailler dans le communautaire* », collection Problèmes sociaux et intervention sociales, Presses de l'université du Québec, 140p.

Dorvil, Henri, 2005, « *Nouveau plan d'action : quelques aspects médicaux, juridiques, sociologiques de la désinstitutionnalisation* », Cahiers de recherche sociologique, no 41-42, 209-224.

Dorvil, H., Guttman, H., Ricard, N. et A. Villeneuve, 1997, « *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale* » Rapports du comité de la santé mentale du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec.

Dupuy, François, 1994, « L'évolution conceptuelle du raisonnement stratégique et systémique » in *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels : Colloque de Cérisy*, sous la direction de Francis Pavé, 123-132, Paris, Éditions du Seuil.

Duval, M., Fontaine, A., Fournier, D., Garon, S. et J-F René, 2005, « *Les organismes communautaires au Québec. Pratiques et enjeux.* », Éditions Gaëtan Morin, 164p.

Friedberg, Erhard, 1993, « *Le pouvoir et la règle : dynamiques de l'action organisée.* » Paris, Éditions du Seuil, 404p.

Friedberg, Erhard, 1994, « Le raisonnement stratégique comme méthode d'analyse et comme outil d'intervention » in *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels : Colloque de Cérisy*, sous la direction de Francis Pavé, 135-152, Paris, Éditions du Seuil.

Fleury, Marie-Josée, 2002, « *Émergence des réseaux intégrés de services comme modèle d'organisation et de transformation du système sociosanitaire* », Santé mentale au Québec, vol.XXVII, no 2, 7-15.

Fleury, M-J et Y. Ouadahi, 2003, « *Stratégie d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement* », Santé mentale au Québec, vol. XXVII, no 2, 16-36.

Fournier, Jacques, 2005, « *La réforme Couillard-Charest* », Nouvelles pratiques sociales, vol.18, no 1, 178-182.

Gagné, J. et H. Dorvil, 1994, « *Le défi du partenariat : le cas des ressources communautaires dans le secteur de la santé mentale* », Nouvelles pratiques sociales, vol.7, no 1, 161-176.

Gélinas, Daniel, 1998, « *Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves* », Santé mentale au Québec, vol.XXIII, no 2, 17-47.

Gouvernement du Québec, 2001, « *Politique gouvernementale, L'action communautaire une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec* », Ministère emploi et solidarité sociale, Septembre 2001.

Gouvernement du Québec, 2003, « *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* » (projet de loi 25), Décembre 2003.

Gouvernement du Québec, 2005, « *Loi modifiant la loi sur les services de santé et de services sociaux et autres dispositions législatives* » (projet de loi 83), Décembre 2005.

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

Hébert, J., Fortin, D., Fournier, F. et coll., 2006, « *Projet d'analyse et de renforcement des pratiques d'évaluation dans les organismes communautaires (ARPÉOC)* », Rapport de recherche UQAM- Service aux collectivités, Décembre 2005.

Laville, J-L. et R Sainsaulieu, 1997, « *Sociologie de l'association. Des organisations à l'épreuve du changement social* », Paris, Desclée de Brouwer, 403p.

Lamoureux, Jocelyne, 1994, « *Le partenariat à l'épreuve* », Éditions Saint-Martin, 231p.

Langlois, A-M., St-Pierre, M. et C. Bégin, 2003, « Les réseaux de services intégrés. Possibilités, limites et enjeux » in *Le système de santé au Québec. Organisation, acteurs et enjeux*, sous la direction de Lemieux, V., Bergeron, P., Bégin, C. et G. Bélanger, 145-174, Les Presses de l'Université Laval.

Lemieux, Vincent, 1999, « *Les réseaux d'acteurs sociaux* », Paris, Presses universitaires de France, 146p.

Lemieux, Vincent, 2003, « Les politiques publiques et les alliances d'acteurs » in *Le système de santé au Québec. Organisation, acteurs et enjeux*, sous la direction de Lemieux, V., Bergeron, P., Bégin, C. et G. Bélanger, 119-143, Les Presses de l'Université Laval.

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), 1989, « *Politique de santé mentale* » Québec, Gouvernement du Québec.

MSSS, 1998, « *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* », Direction de la planification et de l'évaluation, Québec, Mai 1998.

MSSS, 2001, « *Accentuer la transformation des services de santé mentale* », direction des communications, Québec, Février 2001.

MSSS, 2002a, « *Lignes directrices pour l'implantation de réseaux de services intégrés en santé mentale* », Direction générale des services à la population, Avril 2002

MSSS, 2002b, « *Lignes directrices pour l'implantation des mesures de soutien dans la communauté en santé mentale* », Direction générale des services à la population, Novembre 2002.

MSSS, 2004, « *L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* », Direction générale de la planification stratégique, Février 2004.

MSSS, 2005, « *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens.* », Gouvernement du Québec, Juin 2005.

Paradis, M. et C. Gagnon, 1998, « *Bilan d'une réflexion sur le projet PSI-La Boussole* », Santé mentale au Québec, vol.XXIII, no 1, 235.

Parenteau, Jean-Luc, 2002, « *Les équipes MRC en santé mentale dans la région Chaudières-Appalaches. Bilan d'une expérience de mise en réseau* », Santé mentale au Québec, vol.XXVII, no 2, 37-53.

Panet-Raymond, Jean, 1994, « *Les nouveaux rapports entre l'État et les organismes communautaires à l'ombre de la Loi 120* », Nouvelles pratiques sociales, vol.7, no 1, 64-80.

Panet-Raymond, J. et D. Bourque, 1991, « *Partenariat ou pater-nariat ? La collaboration entre établissement publics et organismes communautaires oeuvrant auprès des personnes âgées à domicile* », Rapport de recherche, Québec, Conseil québécois de la recherche sociale.

Perron, Nadine, 2005, « *Réseaux intégrés de services en santé mentale et enjeux des pratiques* », Nouvelles pratiques sociales, vol.18, no 1, 162-175.

Pigeon, M.-E. et D. Fortin, 2005, « *Le suivi alternatif communautaire en santé mentale : un portrait de la clientèle, de la pratique et du contexte organisationnel* », Montréal, Service aux collectivités - UQAM, Décembre 2005.

Proulx, Jean, 1997, « *Le partenariat entre l'État et les organismes communautaires dans le cadre de la loi 120 : l'enjeu de la complémentarité* », Mémoire de maîtrise, Université Laval, 203p.

René, J-F. et L. Gervais, 2001, « *Les enjeux du partenariat aujourd'hui* », Nouvelles pratiques sociales, vol.14, no 1, 20-30.

Richard, M-C, 2005, « *Enjeux de la configuration des CSSS. Recension des écrits* », sous la coordination de Maltais Danielle, Bourque Denis, Savard Sébastien, Tremblay Marielle, Bussièrès Denis, Dumont-Lemasson Mireille et Jacques Fournier, Cahier du CERIS, no 37, Co-publication GRIR, CÉRIS et LAREPPS.

Regroupement des organismes offrant du suivi alternatif communautaire sur l'Île de Montréal (ROSAC), 2002, « *Le suivi communautaire, ça t'apporte quoi ?* », Avril 2002

Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), 1991, « *Le choc des cultures. Bilan-Synthèse de l'expérience de participation aux comités tripartites.* », Juin 1991.

RRASMQ, 2002, Proposition d'un cadre de collaboration, Novembre 2002.

RRASMQ, 2005, Lettres aux organismes concernant les activités de soutien d'intensité variable, Décembre 2005.

Savard, S, Turcotte, D. et A. Beaudoin, 2004, « *Le partenariat dans et les organisations sociosanitaires du secteur de l'enfance, de la famille et de la jeunesse : une analyse stratégique* », Nouvelles pratiques sociales, vol.16, no 2, 160-177.

White, Deena, 1993, « *Les processus de réforme et la structuration locale des systèmes. Le cas des réformes dans le domaine de la santé mentale au Québec* », Sociologie et sociétés, vol. XXV, no 1, 77-95.

White, D., Mercier, C., Dorvil H. et L. Juteau, 1992, « *Les pratiques de concertation en santé mentale : trois modèles* », Nouvelles pratiques sociales, vol.5, no 1, 77-93.

White, D., Mercier, C. et D. Roy, 1993, « *Concertation et continuité des soins en santé mentale : trois modèles montréalais* », Rapport de recherche, Québec, Conseil québécois de la recherche sociale.

Yin, Robert K., 1994, « *Case study research. Design and methods* », 2^e édition, Thousand Oak, Sage.

Portant sur l'organisme de suivi alternatif communautaire

Gouvernement du Québec, 1988, Lettres patentes de la loi sur les compagnies, Inspecteur générale des institutions financières.

N.A., 2005, Rapport annuel 2004-05, Présenté à l'assemblée générale annuelle, Juin 2005.

N.A., 2006, Rapport annuel 2005-06, Présenté à l'assemblée générale annuelle, Juin 2006.

Portant sur le Comité clinique

Option milieu, 2006, « *La vision, les valeurs et les liens en action. Rapport du Comité clinique pour l'implantation du réseau local en santé mentale* », Plan d'implantation du réseau local en santé mentale dans les territoires du CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent et du CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord, Janvier 2006

APPENDICE A

DOCUMENTS OFFICIELS BALISANT LES RESEAUX LOCAUX
DE SERVICES INTEGRES
ET LE SUIVI COMMUNAUTAIRE

Tableau A.1. Documents officiels balisant les réseaux locaux de services intégrés

Janvier 2006	Juin 2005	Décembre 2005	Décembre 2003	Novembre 2002	Avril 2002	Septembre 2001	Février 2001	Mai 1998	Octobre 1997	Panoptique
<p>Janvier 2006</p> <p>Cadre de référence régionale : Partenariat avec les organismes communautaires</p>	<p>Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens.</p>	<p>Projet de loi 83</p>	<p>Projet de loi 25</p>	<p>Lignes directrices pour l'implantation des mesures de soutien dans la communauté en santé mentale</p>	<p>Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intégrés en santé mentale</p>	<p>Politique gouvernementale de reconnaissance de l'action communautaire</p>	<p>Accentuer la transformation des services de santé mentale</p>	<p>Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale</p>	<p>Défis de la reconfiguration des services de santé mentale</p>	<p>Panoptique</p>
<p>Agence Montréal</p>	<p>MSSS</p>	<p>Gouv. du Québec</p>	<p>Gouv. du Québec</p>	<p>MSSS</p>	<p>MSSS</p>	<p>Gouvernement du Québec</p>	<p>MSSS</p>	<p>MSSS</p>	<p>CSMQ</p>	<p>Promoteurs</p>
<p>Définit les liens de collaboration ainsi que les critères de reconnaissance et le cadre d'action. Définit également les caractéristiques et le contenu des protocoles d'entente de services reliés au financement des organismes communautaires par les CSSS.</p>	<p>L'organisation des services est structurée autour de l'approche des réseaux intégrés de services. Reconnaissance des organismes communautaires, particulièrement dans la défense de droit et dans l'intégration au travail.</p>	<p>Établit rôles et responsabilités des acteurs publics. CSSS ont le mandat de coordonner la création des réseaux sur un territoire donné et d'élaborer les protocoles d'entente spécifiques en vue d'atteindre les cibles et mesures du territoire. Agences ont le mandat de superviser et soutenir le développement des réseaux locaux et de veiller à l'attribution des allocations financières aux organismes via le PSOC.</p>	<p>Transformation des Régions régionales en Agences de développement des RLSSSS dont mandat légal de mettre en place des réseaux. Création des Centres de santé et de services sociaux par la fusion des établissements publics de santé. Établit deux principes de base à la transformation des services : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services.</p>	<p>Relève l'importance d'offrir différentes approches sur une base locale ainsi que la nécessité d'un travail en partenariat. On recommande aussi de privilégier des modèles intégrés sur une base locale.</p>	<p>Balise vision et objectif de l'intégration. Indique une fois de plus que la mise en réseau repose sur le développement d'une vision commune d'un réseau de services et sur la participation des organismes et des établissements à travailler ensemble.</p>	<p>Reconnaissance formelle de l'ensemble du mouvement communautaire quant à la préservation de l'action communautaire autonome. Au plan du financement, la Politique balise les trois modes de financement des groupes d'action communautaire autonome, soit le soutien à la mission (de base), complémentaire à des programmes soumis par le gouvernement (entente de services) et de projets spécifiques (ad hoc).</p>	<p>De la part du communautaire, on suggère que la responsabilité d'offrir les services soit répartie entre les différents fournisseurs. On réitère l'importance de la concertation entre les différents acteurs.</p>	<p>Présente l'organisation des services sur une base locale comme un objectif de la transformation des services. On privilégie l'engagement volontaire des personnes ainsi que la multiplicité des modèles d'organisation de services.</p>	<p>On privilégie la concertation entre les acteurs et l'harmonisation des services comme moyens pour le développer.</p>	<p>Implications pour les réseaux locaux de services intégrés</p>

Tableau A.2. Documents officiels balisant la définition du suivi communautaire au Québec

Parution	Octobre 1997	Mai 1998	Février 2001	Avril 2002	Novembre 2002	Juin 2005
Documents	Défis de la reconfiguration des services de santé mentale	Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale	Accentuer la transformation des services de santé mentale	Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intégrés en santé mentale	Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale	Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens.
Promoteurs	CSMQ	MSSS	MSSS	MSSS	MSSS	MSSS
Implications pour le suivi communautaire	Offre une recension d'études et de recherches internationale sur le suivi systématique en milieu naturel (case management) se rapprochant davantage des modèles de suivi intensif (modèle PACT).	Suivi communautaire identifié comme une mesure prioritaire.	On réitère la nécessité d'offrir différentes formes de suivi dans la communauté, respectueuse des personnes de leurs droits et se déroulant dans le milieu de vie.	Identifie les différentes mesures de soutien dans la communauté (dont le logement) dans la catégorie des services de proximité.	Suivi dans la communauté est considéré comme une mesure pivot pour le maintien des personnes dans la communauté. Distingue trois type de soutien : par équipe, intensif et intégré; soutien et coordination des services; de base non intensif.	Terme suivi communautaire est remplacé par le soutien d'intensité variable. Le soutien d'intensité variable, tout comme le suivi intensif, la réadaptation psychosociale et les services d'intégration sociale font partie des services de soutien et d'intégration sociale aux personnes adultes ayant un trouble de santé mentale.