

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN ÉTUDES RÉGIONALES

PAR

MARTINE DUPERRÉ

B. SERV. SOC.

LE PARTENARIAT PUBLIC-COMMUNAUTAIRE: OFFRE ET PLANIFICATION  
RÉGIONALISÉE DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE AU SAGUENAY-LAC-  
SAINT-JEAN

MAI 1993.



### **Mise en garde/Advice**

Afin de rendre accessible au plus grand nombre le résultat des travaux de recherche menés par ses étudiants gradués et dans l'esprit des règles qui régissent le dépôt et la diffusion des mémoires et thèses produits dans cette Institution, **l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** est fière de rendre accessible une version complète et gratuite de cette œuvre.

Motivated by a desire to make the results of its graduate students' research accessible to all, and in accordance with the rules governing the acceptance and diffusion of dissertations and theses in this Institution, the **Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** is proud to make a complete version of this work available at no cost to the reader.

L'auteur conserve néanmoins la propriété du droit d'auteur qui protège ce mémoire ou cette thèse. Ni le mémoire ou la thèse ni des extraits substantiels de ceux-ci ne peuvent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

The author retains ownership of the copyright of this dissertation or thesis. Neither the dissertation or thesis, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

## RÉSUMÉ

Lorsque le gouvernement du Québec a adopté la nouvelle *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, il faisait du même coup des groupes communautaires des partenaires des établissements dans la planification et dans l'offre des services sociaux et de santé. L'objet de la présente étude est d'analyser le rapport de partenariat entre les groupes communautaires et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux dans le domaine spécifique de la santé mentale au Saguenay-Lac-Sain-Jean. Ce partenariat établissements-groupes communautaires est analysé sous deux angles. Le premier est celui de l'offre de services, le deuxième est celui du processus de planification. Avant de procéder à l'analyse proprement dite, le partenariat établissements-groupes communautaires est d'abord placé dans un cadre historique et fonctionnel, cadre explicatif de la configuration et de l'évolution de la société.

Après avoir constaté que les acteurs en cause ont des cultures différentes voire opposées, l'analyse des rapports entre l'institutionnel et le communautaire révèle que la configuration de la forme partenariale locale est conditionnée par le respect qu'ont les acteurs de ces différences culturelles.

## REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail de recherche n'aurait pas été possible sans le support des organismes et des personnes suivantes. Premièrement j'aimerais remercier mon directeur de mémoire M. Juan-Luis Klein qui, par ses encouragements incessants a su me transmettre le goût d'aller toujours plus loin, bien sûr, mais, surtout, de terminer mon mémoire. Car, «l'important c'est de finir», disait M. Jean-Pierre Deslauriers, deuxième personne à qui j'aimerais dire un merci tout particulier. M. Deslauriers a été, lui aussi, un support incontestable lors des premières ébauches de mon projet de maîtrise. Il ne faudrait pas oublier ici de dire merci aux personnes qui ont chaleureusement accepté de participer à notre étude. Ces personnes travaillant dans les groupes communautaires et les organismes du réseau institutionnel ont offert une collaboration exemplaire par leur disponibilité et leur ouverture. J'aimerais aussi remercier Mme Denise Poitras, directrice générale du Centre de rencontre l'Escale avec qui j'ai pu confronter mes perceptions et mes analyses tout au long du travail de recherche.

De plus, ce travail n'aurait pu être mené à bien sans le concours du Fonds pour la formation des chercheurs et l'avancement de la recherche du gouvernement du Québec (FCAR) et du Conseil de la recherche en sciences humaines du Canada (CRSHC), qui ont appuyé financièrement le projet de recherche dans lequel il

s'insère.

La réalisation de ce mémoire n'aurait pu être possible non plus sans le support de M. Gabriel Tremblay, mon compagnon de vie ainsi que de mes fils François et Alexandre qui ont eu à composer, ces dernières années, avec une mère étudiante et travailleuse.

J'aimerais aussi remercier mes collègues de travail d'abord au CLSC de la Jonquière et ensuite à l'Université du Québec à Chicoutimi pour avoir eu plus qu'une oreille attentive quand venait le temps de discuter afin d'éclaircir certains points plus difficiles à saisir.

Enfin, merci à tous ceux, parents, amis et amies qui m'ont apporté du support tout au long de ce projet d'étude; je ne pourrais les nommer tous ici car ils sont trop nombreux.

## TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ .....	I
REMERCIEMENTS .....	II
TABLE DES MATIERES .....	IV
LISTE DES FIGURES .....	IX
LISTE DES TABLEAUX .....	IX
LISTE DES SIGLES FRÉQUEMMENT UTILISÉS .....	XI

INTRODUCTION .....	1
--------------------	---

## Chapitre 1

PARTENARIAT ET CULTURE DANS LA GESTION DES RAPPORTS SOCIAUX	11
1.1 Société et régulation .....	12
1.2 Le partenariat .....	20
1.3 Identité et culture dans la mobilisation des acteurs sociaux .....	22

## CHAPITRE 2

LES ACTEURS DE LA DYNAMIQUE RÉGIONALE .....	29
2.1 Les groupes communautaires .....	30

2.1.1 Conditions d'émergence et histoire des groupes étudiés .....	35
2.1.2 Une philosophie commune aux groupes communautaires: l'autonomie .....	36
2.1.3 Les structures formelles des groupes communautaires ..	38
2.1.4 Les services offerts par les groupes communautaires ...	39
2.1.5 Le financement des groupes communautaires. ....	43
2.1.6 La division du travail .....	46
2.2 Les établissements .....	51
2.2.1 Les CLSC .....	52
2.2.2 Le Centre des services sociaux. ....	55
2.2.3 Les centres hospitaliers (C.H.) .....	57
2.3 Le Conseil Régional de la santé et des services sociaux (CRSSS) .....	59

### CHAPITRE 3

LE CADRE RÉGIONAL DE PLANIFICATION DES SERVICES .....	64
3.1 Le comité d'experts .....	68
3.1.1 Le mandat du comité d'experts .....	68

	VI
3.1.2 La composition du comité d'experts .....	69
3.2 Le comité tripartite .....	71
3.2.1 Le mandat du comité tripartite .....	72
3.2.2 La composition du comité tripartite .....	72

## CHAPITRE 4

LES RAPPORTS ENTRE LES GROUPES ET LES ÉTABLISSEMENTS DANS L'OFFRE DE SERVICES À LA POPULATION .....	78
4.1 Les liens avec les CLSC .....	79
4.1.1 Les rapports avec les équipes d'action communautaire des CLSC .....	83
4.2 Les liens avec le Centre des services sociaux (CSS) .....	84
4.3 Les liens avec l'Institut Roland Saucier (IRS) .....	86
4.4 Les liens avec les Départements de santé communautaire (DSC) .....	89
4.5 Liens avec les centres hospitaliers généraux (C.H.) .....	92

## CHAPITRE 5

LES RAPPORTS ENTRE LES GROUPES COMMUNAUTAIRES ET LE RÉSEAU INSTITUTIONNEL LORS DU PROCESSUS DE PLANIFICATION DES SERVICES	94
--	----



5.1 Les liens entre les groupes et les établissements lors du processus de planification .....	96
5.1.1 Les liens établissements-groupes au comité d'expert ...	96
5.1.2 Les rapports groupes-établissements au comité tripartite .....	98
5.2. Les rapports entre les groupes et le Conseil régional (CRSSS) ..	103
5.2.1 Les liens avec les CRSSS-planificateur .....	103
5.2.1.1 Le conflit entre les groupes et le CRSSS concernant le comité tripartite .....	104
5.2.1.2 Les consultations .....	106
5.2.2 Les liens avec le CRSSS-gestionnaire .....	108
5.2.2.1 Le conflit concernant les contrats de services ...	109
5.2.2.2 La question de l'allocation des ressources. ....	114
5.2.2.3 Le groupe de promotion et de défense des droits .....	116
5.2.3 Relations CRSSS-groupes; les raisons du conflit .....	117
CONCLUSION .....	120

ANNEXE 1

MÉTHODOLOGIE ..... 127

BIBLIOGRAPHIE ..... 137

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 Localisation des établissements, des groupes et du Conseil Régional au Saguenay-Lac-Saint-Jean. . . . .	32
Figure 2 Division du travail et informations transmises dans les groupes communautaires . . . . .	51
Figure 3 Processus d'élaboration du PROS . . . . .	67
Figure 4 Chronologie du PROS en santé mentale au Saguenay-Lac-Saint-Jean . . . . .	75
Figure 5 Intensité des liens entre les groupes et leur CLSC respectif . . . . .	82

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Les niveaux de la culture et leurs représentations . . . . .	26
Tableau 2 Représentation de deux cultures organisationnelles . . . . .	26
Tableau 3 Les groupes étudiés . . . . .	34
Tableau 4 Représentativité des usagers aux diverses instances de la structure décisionnelle des groupes étudiés . . . . .	39
Tableau 5 Mission poursuivie et services dispensés par les groupes étudiés . . . . .	42

	X
Tableau 6 Sources de financement des groupes . . . . .	44
Tableau 7 Financement des groupes communautaires . . . . .	46
Tableau 8 Répartition des tâches dans les groupes communautaires étudiés . . . . .	48
Tableau 9 Relations extérieures effectuées par la directrice générale: organismes visés et fréquence des liens . . . . .	49
Tableau 10 Liens des groupes étudiés avec les CLSC: Niveaux, fréquence et direction. . . . .	80
Tableau 11 Liens des groupes avec le CSS: Niveaux, fréquence et direction . . . . .	85
Tableau 12 Liens des groupes avec l'IRS: Niveaux, fréquence et direction . .	87
Tableau 13 Identification et provenance des répondantes . . . . .	133
Tableau 14 Portrait global des répondantes de l'étude . . . . .	134

## LISTE DES SIGLES FRÉQUEMMENT UTILISÉS

ACSM:	Association canadienne de la santé mentale
ARRACSM:	Association régionale des ressources alternatives et communautaires en santé mentale
C.H.	Centre hospitalier
CLSC:	Centre local de services communautaires
CPS:	Centre de prévention du suicide
CRSSS:	Conseil régional de la santé et des services sociaux
CSS:	Centre des services sociaux
DSC:	Département de santé communautaire
EXTRA:	Programme de développement de l'emploi «expérience de travail»
IRS:	Institut Roland Saucier
MSSS:	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OSBL:	Organisme sans but lucratif
PDE:	Programme de développement de l'emploi
PROS:	Plan régional d'organisation des services
RRASMQ:	Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec.

## INTRODUCTION

Le 4 septembre 1991, le gouvernement du Québec sanctionnait la nouvelle *loi sur les services de santé et les services sociaux* et, du coup, interpellait les groupes communautaires en leur attribuant le rôle de partenaire privilégié des établissements du réseau institutionnel dans la planification et la distribution des services socio-sanitaires. Or, cette vision du partenariat État-groupes communautaires ne surgit pas de nulle part; il est le résultat d'une longue évolution dans la régulation sociale. Bélanger et Lévesque (1992) considèrent ce type de partenariat comme la troisième étape dans les compromis plus ou moins institutionnalisés entre l'État et les groupes communautaires.

La première étape, celle des comités de citoyens, se situant dans les années 1963-1969 dans le milieu urbain et de 1970 à 1975 dans les milieux ruraux, est caractérisée par les «demandes de démocratisation des services collectifs [qui] ne seront satisfaites qu'en partie par l'accès universel alors que leur contrôle sera assumé par l'appareil administratif de l'État (Bélanger et Lévesque, 1992: 738-739). La deuxième étape, celle des groupes populaires, domine de 1970 à 1975 et résulte de la remise en cause des effets pervers qu'a engendré le compromis précédent, soit «la gestion bureaucratique et centralisée sur lesquelles les usagers n'ont aucune emprise, l'organisation du travail où même les professionnels sont contraints à des tâches d'exécution décomposées en des éléments partiellisés et routinisés, sans oublier les contraintes et les limites du modèle bio-médical» (Bélanger et Lévesque, 1992: 721). Les usagers des services, dans le domaine des services sociaux et de santé, sont devenus des consommateurs passifs n'ayant aucun

contrôle quant au mode de traitement proposé. La deuxième génération des rapports entre les organisations communautaires et l'État est donc caractérisée par une alliance entre des usagers revendiquant une alternative à cette consommation passive et des professionnels qui refusent le modèle proposé par le providentialisme (Bélanger et Lévesque, 1992: 739).

La troisième étape, celle que nous étudions ici, est celle du partenariat entre les groupes communautaires et l'État. En comparaison avec les étapes précédentes elle est à la fois continuité et rupture. Elle est continuité dans le sens que les groupes populaires ancrés dans la deuxième génération continuent d'exister et configurent l'espace des groupes de la troisième génération. Elle est rupture, dans le sens qu'un nouveau compromis s'installe dans l'offre de services à la population (Bélanger et Lévesque, 1992). Dans la perspective d'un partenariat résultant d'un nouveau compromis social, il ne saurait donc être question de n'y voir qu'une «récupération» des forces sociales par l'État ou, à l'inverse, l'«infiltration» de l'État par les forces sociales (Klein et Gagnon, 1989). Le partenariat, tel qu'annoncé dans la réforme de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ouvre la voie à de nouveaux compromis structurés sur une base locale (Maclouf, 1985, Klein et Gagnon, 1990, Gagnon et Klein, 1991).

Le partenariat entre l'État et les groupes communautaires résulte d'une part de la pression des mouvements sociaux qui demandent plus d'autonomie et d'emprise sur leurs conditions de vie ou de travail et, d'autre part, de la conjoncture



économique mondiale qui force les gouvernements à repenser l'organisation des services de santé et les services sociaux. Ainsi, au Québec, dans la foulée du rapport de la commission Rochon, commission qui analysait le fonctionnement de l'ensemble du système des services sociaux et de santé (Québec, 1987), plusieurs autres documents gouvernementaux (Québec, 1989a, 1989b, 1989c, 1989d, 1990a, 1990b, 1991) font appel aux ressources de la communauté et plus spécifiquement aux groupes communautaires. La commission Rochon (Québec, 1987), la *Politique en santé mentale* (Québec, 1989a), le document *La santé mentale dans les CLSC* (Québec, 1989b), le document «*Orientations*» de la ministre Lavoie-Roux (Québec, 1989c), l'avant projet de Loi du même gouvernement (Québec, 1989d), et finalement la nouvelle *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (Québec, 1991) reconnaissent tous les groupes communautaires comme des partenaires des établissements dans l'orientation et la distribution des services à la population. Ces divers documents insistent sur la nécessité de mettre en place des mécanismes participatifs rendant stable et institutionnelle l'intervention des groupes communautaires. On va même jusqu'à orienter les rapports établissements-groupes en précisant trois conditions: «la reconnaissance du potentiel de chacun des partenaires, l'existence de rapports ouverts entre ceux-ci et l'adoption d'objectifs communs» (Québec, 1989a:13 et Québec, 1989b:20). Ces différents rapports émanant du gouvernement du Québec sont issus d'une lente transformation de l'idéologie et du discours gouvernemental. À preuve, l'appel fait par les politiciens, les fonctionnaires et les dirigeants du réseau institutionnel à

l'«approche communautaire»<sup>1</sup>, approche centrée sur l'utilisation des ressources du milieu par les intervenantes du réseau institutionnel.

C'est donc cette troisième génération d'organisations communautaires qui est étudiée dans ce mémoire, où nous décrivons et analysons les rapports entre les groupes communautaires et l'appareil gouvernemental par le biais de l'intervention directe auprès de la population et par le biais de la planification régionale des services en santé mentale.

Nous posons l'hypothèse que dans les différentes réalités locales, les applications concrètes de la formule partenariale sont conditionnées par la convergence ou la divergence culturelle des acteurs concernés. Dans le cas des rapports entre des acteurs qui ont des cultures différentes, voire opposées, ainsi qu'un pouvoir inégal, la question du respect de la spécificité des acteurs est fondamentale dans la configuration de partenariats locaux. Ce respect de la culture de l'autre, bien que n'annihilant pas les rapports de force, permettrait une forme équitable de partenariat et ceci est d'autant plus fondamental que, comme nous le démontrerons plus loin, la configuration de la structure locale aura une certaine influence sur les configurations des niveaux supérieurs de gestion des rapports sociaux.

Notre travail consiste pour l'essentiel en une étude exploratoire des rapports

---

<sup>1</sup> Au sujet de l'évolution du concept d'approche communautaire voir Gingras 1988.

liant les groupes communautaires et le réseau institutionnel dans le cadre de l'offre et de la planification des services en santé mentale au Saguenay-Lac-Saint-Jean. Plus précisément, nous analysons le processus régional menant à la formulation et à l'application du Plan régional d'organisation des services (PROS) en santé mentale.

Les PROS constituent une des innovations apportées par la réforme des services de santé et des services sociaux. Ils sont conçus comme des plans d'organisation régionaux visant à optimiser les services à la clientèle dans des problématiques spécifiques. Ils mettent donc à contribution les ressources communautaires et institutionnelles qui planifient et offrent les services en partenariat avec les institutions du réseau. De plus, les PROS tentent de recentrer les services à la clientèle autour des besoins de celle-ci et non, comme c'était le cas jusqu'à maintenant, en fonction du réseau d'établissements; «l'objectif fondamental de la réforme est donc de replacer le citoyen au CENTRE du réseau de la santé et des services sociaux, le citoyen étant vu sous trois angles: le citoyen consommateur, le citoyen décideur, le citoyen payeur.» (Québec, 1990b:12). Le gouvernement du Québec et l'ensemble des Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (appelés maintenant Régies régionales) définissent les PROS de la manière suivante:

...un ensemble ordonné de services visant à actualiser la promotion, la protection, le maintien et la restauration de la santé bio-psycho-sociale en fonction des besoins d'une clientèle cible ou en regard d'une problématique donnée, à l'intérieur d'une région ou d'une sous-

région (Québec, 1987: 73).

Notre étude porte sur des informations recueillies en 1991<sup>2</sup>. L'échantillon est intentionnel et contrasté, c'est-à-dire que nous avons divisé notre échantillon en deux parties soit celle des groupes communautaires et celle des organismes du réseau institutionnel. Pour construire la première partie de notre échantillon, nous avons d'abord choisi deux groupes communautaires constitués avant l'avènement des PROS puisque les personnes issues de ces groupes pouvaient identifier les changements qu'apportait le discours partenarial dans la structure d'offre de services à la population. Ensuite, ces deux groupes ont identifié trois autres groupes (nouveaux groupes issus de la nouvelle dynamique partenariale) avec lesquels nous avons aussi effectué des entrevues. À compter de cette étape donc, la constitution de l'échantillon s'est faite en boule de neige.

Des treize organismes communautaires travaillant en santé mentale au Saguenay-Lac-Saint-Jean et recensés par le Conseil régional de la santé et des services sociaux en 1989, cinq groupes ont été choisis pour l'étude. Ces cinq groupes répondaient à deux critères: leur charte faisait explicitement mention du travail des groupes en santé mentale et ils représentaient les sous-régions du Saguenay et du Lac Saint-Jean.

Les entrevues avec les groupes communautaires nous ont permis de

---

<sup>2</sup> L'ensemble de la démarche méthodologique se retrouve à l'annexe 1.

construire la deuxième partie de notre échantillon, concernant les établissement du réseau institutionnel. En effet, nous avons sélectionné les organismes institutionnels en fonction de la fréquence des rapports qu'ils avaient avec les groupes communautaires; les organismes cités le plus fréquemment ont été retenus.

Donc, nous avons effectué seize entrevues, réparties entre le réseau institutionnel et les groupes communautaires en comptant deux entrevues exploratoires effectuées, l'une dans un groupe et l'autre dans un organisme du réseau institutionnel. Le nombre d'entrevues effectuées par endroit était variable. Ainsi dans trois des cinq groupes communautaires nous avons effectué deux entrevues alors que dans une institution nous avons effectué jusqu'à quatre entrevues. Dans les autres cas une seule entrevue a été nécessaire pour recueillir les informations. La cueillette des données a porté aussi sur des documents écrits tels les chartes, les règlements de régie interne, les contrats de travail, les définitions de tâches, les documents d'orientation, les mémoires, les formules servant à recueillir les statistiques, etc.

L'ensemble de la méthodologie ainsi que le traitement et l'analyse des données emprunte la méthode de la recherche qualitative (Deslauriers, 1991). Pour le traitement, nous avons utilisé le logiciel «The Ethnograph» afin de découper et coder l'ensemble des entrevues en «noyaux de sens». Les noyaux de sens possédant le même code pour l'ensemble des entrevues ont été regroupés par la suite. De ce regroupement, on a procédé à une division de catégories et à une

réduction des données.

Pour présenter les résultats de notre étude, nous avons divisé notre mémoire en 5 chapitres. Le premier chapitre, intitulé *Partenariat et culture dans la gestion des rapports sociaux*, expose le cadre dans lequel s'inscrit notre réflexion lorsqu'il s'agit d'analyser les rapports qui se tissent entre l'État et la communauté. Ce chapitre fait ressortir l'importance des composantes culturelle et identitaire chez les acteurs en cause dans la configuration des niveaux de gestion des rapports sociaux, importance d'autant plus fondamentale que ce chapitre établit aussi la perméabilité des niveaux de gestion des rapports sociaux.

Le chapitre 2, intitulé *Les acteurs de la dynamique régionale*, décrit les groupes communautaires et les organismes du réseau institutionnel dans le domaine de la santé et des services sociaux. De plus, ce chapitre analyse les différences culturelles entre ces deux types d'acteurs.

Le chapitre 3, intitulé *Le cadre régional de planification*, est une présentation du contexte de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Ceci est important car nous montrons des particularités régionales dans le cadre du processus de planification des services en santé mentale, particularités qui orienteront la configuration des rapports entre les groupes et les établissements au niveau local.

Le chapitre 4 décrit et analyse les rapports entre les groupes et les établissements dans l'offre de services à la population. Ce chapitre démontre que

les coopérations se tissent d'abord entre des individus respectueux de la culture de l'autre et que les conflits sont issus des divergences culturelles.

Enfin, le chapitre 5 analyse les rapports entre les groupes communautaires et le réseau institutionnel lors du processus de planification des services offerts à la population. En plus de montrer que ce processus de planification est au centre de la négociation d'un compromis régional, ce chapitre démontre que le référent culturel est constamment présent dans la configuration de la structure partenariale locale. Procédons donc maintenant à l'exposition des résultats de notre recherche en commençant par le cadre théorique sous-tendant notre analyse.

## **Chapitre 1**

### **PARTENARIAT ET CULTURE DANS LA GESTION DES RAPPORTS SOCIAUX**



L'étude des rapports entre l'État et les groupes communautaires nécessite la compréhension de la structure sociale et historique dans laquelle s'insèrent ces rapports. Nous nous proposons d'expliquer, dans ce chapitre, le contexte social qui explique ces rapports dans leur forme actuelle, ainsi que certaines notions et concepts qui permettent de mieux appréhender leur évolution. Nous avons divisé le chapitre en trois sections. La première section est consacrée à la théorie de la régulation qui nous fournira certaines clefs de lecture de la société. La deuxième pose le partenariat en tant qu'aspect important d'un mode de régulation post-keynésien. Enfin, la dernière section établit les notions de culture et d'identité comme concepts importants à étudier dans les rapports entre l'État et les institutions locales, particulièrement lorsque ces institutions sont ancrées dans le mouvement associatif.

### 1.1 Société et régulation

La régulation de la société est le résultat d'un processus dynamique, constamment en action et en transformation, entre acteurs et forces qui la constituent. Selon la théorie de la régulation la société est le résultat d'un «ensemble complexe de rapports sociaux qui ont leur dynamique propre et qui cependant se constituent en configurations stables, régulières dans la mesure où ils sont compatibles les uns avec les autres» (Bélanger et Lévesque, 1988: 51).

Les forces constituant la société et les luttes entre acteurs sociaux «inventent» de nouvelles structures appelées formes structurelles, en accord avec

le mode d'accumulation en cours. Ces formes institutionnelles ou structurelles sont des «trouvailles» (Boyer, 1986: 46), c'est-à-dire qu'elles sont les «résultats involontaires de conflits idéologiques et sociaux» (Bélanger, 1988: 148). Il ne saurait donc y avoir de règles formelles qui régissent un tel système.

Le résultat est involontaire aussi, dans le sens que ces formes d'organisation sociale ne sont pas planifiées. Aucun acteur «...ne vient jouer le rôle d'ingénieur système afin d'assurer, par une action consciente délibérée, la stabilisation dynamique de l'économie» (Boyer, 1986: 86). Il n'y a donc pas d'intention dans les appareils d'État ou dans les institutions. Ce qui n'exclut pas que certaines personnes influentes, organismes ou institutions puissent promouvoir leur propres intérêts avec une intentionnalité précise.

Formes structurelles et acteurs sont constamment en interaction. Ainsi, les rapports entre acteurs structurent des formes institutionnelles, des compromis qui, à leur tour, structureront l'identité des acteurs.

Comme les formes structurelles sont le résultat de stratégies individuelles et localisées «elles codifient des règles, par nature collective, qui, en retour, conditionnent les comportements des acteurs, de sorte qu'autonomie des acteurs et contraintes véhiculées par les cadres sociaux les plus généraux se combinent en permanence» (Boyer, 1986 cité par Lévesque et Mager, 1992: 28-29)

Cela pose le problème de l'interaction des niveaux de gestion de la société. En effet, chaque niveau de gestion, qu'il soit local, national ou international, aide à structurer les autres niveaux à l'intérieur d'une dynamique en constante évolution.

Ainsi, l'ensemble des rapports sociaux agissant au niveau local aide à configurer les niveaux supérieurs. Inversement, les rapports sociaux vécus au niveau local sont déterminés par les structures supérieures.

L'un des acteurs primordiaux de la régulation sociale est certes l'État et, à l'image de la société qu'il contribue à définir, il est à la fois acteur dans la configuration sociale et produit de rapports sociaux (Drache et Boismenu, 1990). L'État apparaît, premièrement, comme la «totalisation, souvent contradictoire, d'un ensemble de compromis institutionnalisés» (Boyer, 1986:53).

L'État est également acteur dans la régulation. Selon Johnston (1986:267), l'État a prêté assistance à la restructuration du capital, à travers l'histoire du système capitaliste à court terme et à long terme. L'État joue deux rôles. Le premier est celui de faire la promotion du système d'accumulation capitaliste, c'est-à-dire d'en faciliter l'action. L'État assume ce rôle en fournissant un contexte favorable à l'extraction de la plus value tout en consacrant les normes de la régulation sociale, par exemple en garantissant les droits de propriété, en assurant la loi et l'ordre, en légalisant certaines conventions entre employeurs et employés, en limitant les contestations des travailleurs concernant les pratiques capitalistes et, enfin, en protégeant les investissements. De ces manières, en utilisant les revenus prélevés sur l'ensemble des strates sociales, l'État protège les opérations capitalistes (Johnston, 1986: 267)

L'autre rôle joué par l'État-acteur, toujours selon Johnston, est celui de la

légitimation de l'accumulation capitaliste; il fait admettre ce mode d'accumulation comme juste. Les tensions entre le capital et la force de travail sont une menace constante à la viabilité, à la fois de l'entreprise individuelle et du système capitaliste dans sa globalité. Pour réduire cette menace, il doit y avoir une institution qui légitime l'action du capital et qui s'assure de l'acquiescement de l'ensemble des classes sociales à ses pratiques. Cette action se fait en partie au niveau idéologique, en associant les objectifs des opérations capitalistes et le «bien de tous» (Johnston, 1986: 267), ce qui implique l'établissement de certains compromis en matière d'organisation du travail, compromis que l'État institutionnalise par des normes et des lois, tels les règlements concernant la santé et la sécurité au travail, le nombre d'heures travaillées, le nombre minimal de congés payés, etc. Ces normes peuvent apparaître comme des gains faits par les travailleurs mais elles servent à assurer la régulation du système capitaliste.

Malgré ce que nous venons de soutenir, il ne saurait y avoir d'intention unique et linéaire de la part des acteurs s'insérant dans cette dynamique étatique: «Dans la gestion du social, l'État n'est pas neutre. Il n'est pas non plus un instrument dont disposeraient à leur guise les technocrates et la bourgeoisie pour déterminer les modes de vie ou encore le cadre des relations de travail» (Lévesque et Bélanger, 1988:62).

Ainsi, à l'aide de l'État, le capitalisme se reproduit malgré ses contradictions (Gagnon et Klein, 1991: 240). Cependant, cette reproduction ne se fait pas sans

heurts. La reproduction du système capitaliste se fait en une série de périodes de prospérité entrecoupées de périodes de crise (Johnston, 1986:266). Les périodes de prospérité sont relativement stables, grâce à des «mécanismes, dispositifs et stratégies qui permettent la reproduction du capitalisme au travers de ses contradictions» (Klein, 1989).

Ces variations dans le mode de régulation dominant peuvent s'exprimer différemment selon les territoires et les niveaux territoriaux considérés (Gagnon et Klein, 1991:240). Mais il existe une interdépendance des niveaux territoriaux de régulation. Ainsi, les formes institutionnelles «trouvées» à l'échelle locale structureront l'échelle nationale (Lévesque et Mager, 1992:26). Inversement, les structures nationales conditionnent la configuration de la structure régionale ou locale.

La crise survient lorsque le mode de régulation en cours a atteint ses propres limites (Bélanger, 1988: 150, Boyer, 1986: 23), lorsque les structures sociales le configurant ne répondent plus aux besoins pour lesquels elles se sont construites et «lorsqu'il [le mode de régulation] est inefficace pour rétablir la cohérence du système» (Gagnon et Klein, 1991: 242). Les tensions entre les différents acteurs sociaux deviennent trop fortes, leurs actions deviennent incohérentes, l'équilibre est rompu. La crise de régulation «indique soit l'incompatibilité entre les formes de rapports, soit les remises en questions simultanées des règles du jeu de plusieurs rapports, en l'occurrence de travail et de consommation» (Bélanger et Lévesque,

1988: 17).

En résumé, la société se configure en des arrangements de diverses logiques, apparemment différentes, qui évoluent périodiquement en cycles de crise et de prospérité. Il y a un mode de régulation spécifique pour chaque période historique et ce phénomène (crise-prospérité, variable en temps et en forme) est rattaché aux formes sociales en vigueur. Le mode de régulation est basé sur les formes précises que prennent les rapports salariaux et les rapports de consommation (rapport marchand, rapport capital-travail), la modification de ces rapports entraînant des modes de régulation différents (Boyer, 1986: 1-26). Les différents niveaux de gestion des rapports sociaux sont en interaction constante.

Chaque période historique est caractérisée par un mode de régulation spécifique. L'un des aspects du mode de régulation keynésien<sup>3</sup> était l'État providence. «L'État-providence est un État redistributeur [sic]...» (Lipietz, 1983:74) qui s'assure que le non-travailleur ne soit pas exclu du processus de consommation. Il faut donc créer un mécanisme de sécurité qui fait en sorte que l'étape de l'embauche puisse être sautée quand le travailleur est malade, retraité, chômeur, etc. L'État-providence est un ensemble d'institutions placées sous la

---

<sup>3</sup> Le mot keynésianisme provient du nom de l'économiste John Maynard Keynes qui imposa un nouveau courant de pensée dans les théories éconômistes. Devant la relative stabilité de la grande crise qui avait débuté en 1929 (contrairement aux représentations classiques qui soutenaient que les cycles économiques se suivent inexorablement et que l'on avait qu'à attendre que la crise passe), Keynes propose que l'État intervienne sur les cycles de l'économie. Naissait alors une période caractérisée par l'omniprésence de l'État tant dans son rôle de protecteur social que dans sa présence dans l'économie, présence qui passait par des investissements dans les travaux publics et des subventions aux entreprises. Ces investissements devaient créer des emplois, création qui relancerait à son tour la consommation (Paquin, 1993: 29).

responsabilité de l'État qui assurent la «prise en charge monétaire des risques» et des besoins inhérents à la vie en société (Lipietz, 1983:49). Ces risques et ces besoins concernent aussi bien le chômage, la maladie, l'éducation, que le développement régional (Johnston, 1986).

La crise et les mutations économiques en cours à l'échelle mondiale défont les bases sur lesquelles s'était édifié le système de l'État-providence. En fait, deux causes majeures concourent à l'effritement du compromis qui avait permis l'édification de l'État-providence. La première cause est la crise fiscale qui affecte l'État, crise qu'il essayait de résorber en «diminuant le fardeau des dépenses publiques». Pour ce faire, il doit délaisser la sphère du social (Klein et Gagnon, 1989: 13-14).

La deuxième cause de l'effritement du compromis construit autour de l'État-providence concerne ses effets:

Si l'ensemble des citoyens pouvaient accéder à un service universel et gratuit, ils étaient en même temps insérés dans un rapport de consommation dépendante et passive, sans droit de regard sur la définition de leurs besoins, ni sur les modalités d'intervention ou de traitement (Bélanger et Lévesque, 1988: 148).

De plus, il y a des doutes sur la légitimité de l'État-providence. Mais, selon Lipietz (1983: 50), ces doutes proviennent de la crise fiscale de l'État. C'est lorsque l'on s'est retrouvé devant l'impossibilité de continuer à payer un tel système que les doutes ont surgis. L'État-providence se retrouve donc contesté, d'une part, au

regard de sa contre-productivité, par les mouvements sociaux et, d'autre part, en ce qui concerne son coût par les gouvernements et les entrepreneurs. La légitimité du concept d'État-providence est donc remise en question.

La crise de l'État-providence entraîne un désengagement de l'État de la sphère du social et cela provoque une nouvelle définition des structures sociales et des rapports sociaux (Masson, Tremblay et Tremblay, 1989). Un nouveau système doit être mis en place et, puisque «les raisons évoquées pour suggérer un changement du système déterminent largement les traits du nouveau modèle mis en proposition» (Bélanger, 1988: 145), le nouveau système proposé appelle une gestion locale du social. Ce nouveau modèle, ancré dans le local, est le résultat d'une logique ascendante et descendante.

La localisation de la solidarité sociale ne résulte pas seulement du désengagement de l'État mais de deux courants de remise en question de l'État-providence (si l'on s'en tient pour le moment à cette dimension), soit les revendications d'autonomie des mouvements sociaux et celles d'assainissement des finances publiques prônées par la fraction de la bourgeoisie néo-libérale. On ne peut donc parler ni de consensus, ni de récupération mais de compromis ou si l'on veut de recherche d'effets communs depuis des visées différentes. (Lévesque et Mager, 1992: 28)

Ainsi, pour répondre aux critiques concernant les effets du système quant à la dépendance qu'il provoque, la nouvelle gestion du social est basée sur une «alternative [qui] doit assumer les aspirations individualitaires [sic]» (Lipietz, 1988: 101-102). Les revendications des mouvements sociaux sont un indice de la résurgence d'une nouvelle forme de contestation qui donne priorité à des valeurs



comme «l'autonomie des individus et des groupes, la solidarité entre individus et groupes, l'écologie» (Lévesque et Mager, 1993: 45). L'appel à l'individualisme et à l'autonomie des individus ne doit donc pas être assimilé à un refus de vivre en communauté, comme le fait Barel (1984), mais plutôt comme un appel à une nouvelle définition de la place et du rôle de l'individu dans cette communauté<sup>4</sup>.

Ces deux aspects explicatifs de la localisation de la gestion de la sphère du social, soit le désengagement de l'État et les revendications des mouvements sociaux, expliquent aussi que cette gestion locale du social soit associée à des formes partenariales.

Le partenariat local [...] constitue un mécanisme de reconstitution horizontale d'une société en apparence éclatée sous l'effet de la crise de l'État nation. Ainsi, les acteurs sociaux s'inscrivent dans une nouvelle démarche où la proximité territoriale prime sur les distances sociales (Gagnon et Klein, 1991: 243).

## 1.2 Le partenariat

Le partenariat n'est pas qu'aliénation où les acteurs «agissent dans le sens contraire à la vraie nature de leurs intérêts» (Lévesque et Mager, 1992: 26). Le partenariat n'est pas seulement une idéologie mise de l'avant par l'État afin de «récupérer» les forces sociales. Le partenariat n'est pas, non plus, un concept inséré «dans le cadre de règles de jeu sur lesquelles on ne s'interroge pas [et où] chacun des joueurs aurait une chance égale de gagner» (Lévesque et Mager, 1992:

---

<sup>4</sup> Au sujet de la transformation du concept d'individualisme chez les militants voir Hurtubise 1987.

27).

Le partenariat est au contraire une «coopération-conflictuelle» (Dommergues, 1988) mettant en présence des «acteurs sociaux d'ancrage structurel pourtant fort différent- voire même contradictoire» (Gagnon et Klein, 1991: 241). Coopération et conflit ne sont donc pas antinomiques, au contraire!

Le partenariat ne repose donc pas sur le consensus mais sur le compromis, par conséquent [...] on ne peut parler de partenariat que dans un sens large, c'est-à-dire dans le sens de rapports asymétriques et hiérarchisés (Lévesque et Mager, 1992:27).

Pour que ces collaborations locales asymétriques et hiérarchisées, impensables jusqu'alors entre des acteurs des secteurs publics et privés (Dommergues, 1988: 24) puissent profiter aux deux acteurs, cinq conditions doivent être remplies (Gagnon et Klein, 1991: 20-21).

Premièrement, les partenaires doivent négocier une entente en tenant compte des programmes et orientations, eux-mêmes issus de la démarche partenariale. Deuxièmement, l'initiative locale, nourrie d'une identité forte, doit avoir le rôle central de la démarche. Troisièmement, il doit y avoir une décentralisation du pouvoir en même temps qu'une déconcentration administrative. Quatrièmement, les structures du pouvoir local doivent veiller au respect des conditions établies entre les partenaires. Enfin, pour que le partenariat profite à l'ensemble des acteurs, il doit y avoir une équité entre les partenaires. Ces derniers doivent avoir des droits et des devoirs réciproques, des pouvoirs et des responsabilités comparables et, enfin,

retirer des avantages tangibles de même importance (Gagnon et Klein: 1991). Il ne faut donc pas confondre équité et égalité; l'un et l'autre ne signifiant pas la même chose.

Le partenariat se construit donc autour d'acteurs et il ne saurait y avoir d'acteur sans identité «Chaque groupe... n'existe que s'il a une identité» (Bassand, 1992: 282 ). De là l'importance des concepts de culture et d'identité dans un processus de partenariat qui repose sur la mobilisation des acteurs locaux.

### 1.3 Identité et culture dans la mobilisation des acteurs sociaux

L'identité est un phénomène culturel (Ricq, 1982: 126) et la formation culturelle est permanente (Mandon, 1990: 51). L'identité est donc aussi une construction dynamique constamment en changement.

L'identité est une création collective, culturelle, toujours en devenir; [...] c'est donc dans les rapports interpersonnels et dans l'intergroupe que se forge l'identité des acteurs; c'est la transformation de ces rapports qui rend les identités caduques et obsolètes et nécessite l'élaboration de nouvelles identités (Bassand, 1992: 280).

Bien que différents, les concepts d'identité et de culture sont fortement imbriqués. Parmi les centaines de définitions possibles (Valade 1992), nous retiendrons la suivante. La culture d'une société est un ensemble de «rapports codifiés» (Valade, 1992: 470), des grammaires qui codifient le comportement (Spradley et Mann, 1975: 18). La pression sociale fait en sorte que la grammaire d'une culture donnée est intégrée par l'ensemble des individus et crée ainsi une

certaine uniformité des habitudes qui sont à la fois des codes et des modes de vie et qui agissent en tant que normes de comportement (Mandon, 1990: 50).

Et, selon le principe que la culture est implicite, ces habitudes sont intégrées à un point tel que «chacun considère que sa manière de vivre est la plus naturelle, la plus authentique» (Spradley et Mann, 1975: 17). Cela signifie aussi que chaque acteur ou porteur de culture est convaincu que sa manière de faire est la seule valable, ce qui ouvre une brèche à la domination d'une culture sur une autre.

Cette domination peut se faire par la négation de la culture de l'autre, car comme le dit Paulo Freiré, la conquête n'est souvent pas qu'économique mais culturelle, et l'action de l'opresseur «dépouille l'opprimé de la parole, de ses moyens d'expression, de sa culture» (Freire, 1977: 131). Bassand reprenait cette idée de domination culturelle et affirmait qu'une localité sans identité (souvenons-nous que l'identité est un phénomène culturel) «est agie par d'autres et la probabilité est grande qu'elle soit dominée» (Bassand, 1992: 282).

La culture est apprise, elle n'est pas innée, ni instinctive. Puisqu'elle est apprise, elle est transmise. De là l'importance de l'histoire sur le modelage de l'identité culturelle. Deux sous-groupes, issus d'une même unité culturelle, vivant des événements différents, transforment leur expérience en identités différentes.

La culture est l'ensemble des éléments d'une vie sociale organisée, elle est donc un ensemble unitaire à un espace donné (Valade, 1992:496). Cet ensemble

commun à tous est source de cohésion (Valade, 1992: 468); la possession du même code par un ensemble d'individus signifie qu'ils appartiennent à un ensemble culturel. Et, à l'opposé, l'incompréhension du code par une personne donnée est un indice qu'elle n'appartient pas à cette culture.

Malgré l'apparente universalité de la culture, il faut aussi savoir qu'il peut y avoir une «multiplicité des perspectives culturelles» (Spradley et Mann, 1990: 19). Même si des gens partagent une culture commune, il y a quand même des différences voire des sous-cultures: «...il y a autant de cultures que de sociétés, autant de micro-culture que de groupes sociaux» (Mandon, 1990: 43). Les différentes cultures organisationnelles composant notre société illustrent cette multiplicité culturelle à l'intérieur d'un grand ensemble social.

Les organisations possèdent des valeurs, des codes, des manières de faire et de dire différentes des autres organisations d'une même société. On ne saurait nier que les membres de ces organisations forment un tout organisé et cohérent, un ensemble modelé à travers l'histoire par le «vivre ensemble». Ainsi, la culture organisationnelle, à l'image de la culture de la nation qui l'héberge, est:

...l'ensemble des significations créées et partagées par un groupe de personnes. Elle est une construction intersubjective et la somme des sens donnés aux choses et aux événements. La culture est la conscience de l'organisation et se transmet surtout par des symboles (Valade: 1991, 37).

Il existe trois niveaux de culture organisationnelle qui permettent la distinction

d'une culture par rapport à une autre (Bertrand, 1991), celui des valeurs, des stratégies et, finalement, des faits. Ainsi, leur appartenance à une culture organisationnelle spécifique peut être observée par les régularités observées dans le langage utilisé par les acteurs, la philosophie qu'ils défendent, les actions privilégiées, le climat généré par l'organisation physique des lieux et par leurs interactions avec l'environnement, etc. (Tableau 1, page 26).

De la typologie des différentes approches des cultures organisationnelles présentées par Bertrand, deux types retiennent notre attention, soit la culture mécaniste et la culture humaniste, parce qu'elles représentent les cultures respectives des acteurs que nous étudions dans ce mémoire (Tableau 2, page 26). La culture mécaniste, celle que nous avons identifiée au réseau institutionnel de la santé et des services sociaux soutient qu'il faut organiser la réalité en une série d'actions distinctes. Ainsi, pour atteindre tout objectif, (l'objectif étant le thème dominant de la culture mécaniste), il faut définir le problème, définir les objectifs, planifier, intervenir et contrôler. Conséquemment, les termes qu'on entend le plus souvent sont: planification, quantification, analyses financières, budgétisation, standardisation, spécialisation, productivité, rendement, objectif, contrôle. Cette gestion rationnelle et scientifique de la réalité laisse fort peu de place à l'individu et c'est ce qu'en disent les diverses critiques adressées à ce modèle.

**Tableau 1** Les niveaux de la culture et leurs représentations

NIVEAU	CARACTÉRISTIQUES	ÉLÉMENTS
VALEURS	structural, fondamental	valeurs, axiomes, jugements, relations de pouvoir, division en classe, intérêts, fantasmes, désirs
STRATÉGIES	stratégique, intermédiaire	idéologies, cartes cognitives, théories, modèles, philosophie, stratégies, objectifs, buts, politiques
FAITS	démonstratif, applications	discours, métaphores, rites, histoires, légendes, slogans, rumeurs, règles, fêtes, paix, climat, formulaires, tactiques

Source: Bertrand, 1991: 63

**Tableau 2** Représentation de deux cultures organisationnelles

	CULTURE MÉCANISTE	CULTURE HUMANISTE
SYNONYMES	classique, rationnelle	relations humaines, école interactionniste
NATURE DE LA RÉALITÉ	organisation de la réalité	psychologique
TYPE D'INTERVENTION	rationaliser la réalité	améliorer les relations humaines
THÈME DOMINANT	objectif	personne
CONCEPTION DE L'HOMME	être finalisé	être relationnel
MOTS CLEFS	valeurs, normes, buts, travail, hiérarchie, organigramme, objectif, compétition, stratégies, plans récompenses, efforts, tâches, rationalité, professionnalisme, analyse objective	désirs, besoins, créativité, groupe, personnalité, énergie, intuition, équipe, motivation, émotions
FONCTION DE LA CULTURE	gérer	aimer
AUTEURS	Fayol, Taylor, Weber.	Lewin, Lickert, Mc Gregor, Maslow, Blake et Mouton, Barnard, Selzwick

Source: Bertrand, 1991: 8

De ces critiques naît la culture humaniste, celle que nous identifions aux organisations communautaires, qui conçoit l'organisation de la réalité en fonction des besoins des personnes. Les mots que l'on entend le plus souvent sont : désirs, besoins, créativité, groupe, personnalité, énergie, intuition, équipe, motivation, émotions.

Il est donc important de noter que «l'approche humaniste constitue une réaction à l'approche mécaniste, trop préoccupée par la rationalité de la gestion. Elle propose une culture centrée sur les personnes plutôt que sur les processus de gestion» (Bertrand, 1991: 13-14). C'est réaffirmer, que les critiques adressées à l'État-providence par les mouvements sociaux et leurs représentants ont modelé leur identité. Nous retrouvons donc à l'échelle locale des acteurs imprégnés de la culture mécaniste, d'autres imprégnés de la culture humaniste. Forcés d'établir des rapports, ces acteurs le feront en fonction de leur identité propre.

L'identité est la représentation de soi, forgée dans les relations qu'on a avec autrui (Bassand, 1992: 281). L'identité est aussi processus et, donc, elle est en constante transformation.

L'identité est l'image de soi qu'un acteur (localité, groupe, individu) élabore dans ses rapports avec d'autres. Cette image peut avoir pour fondement ou le patrimoine, ou la quotidienneté, ou les projets des auteurs, ou encore une combinaison des deux ou trois de ces composantes. L'identité est dès lors le «rouage» le plus fondamental du développement local (Bassand, 1992: 292).

Les concepts d'identité et la culture sont imbriqués en ce sens qu'ils réfèrent



tous deux à la définition d'un groupe en terme de valeurs, de codes, etc. Cependant, alors que l'identité est une représentation, une perception, la culture est un ensemble de données objectives.

L'identité est «un filtre pour appréhender le réel» (Ricq, 1982: 125). C'est-à-dire que les actions des acteurs seront déterminées selon leur identité; ils agiront en fonction des perceptions qu'ils ont d'eux-mêmes et des autres. Cela implique que l'identité des acteurs est un élément essentiel qui peut permettre et faciliter la configuration de rapports sociaux cohérents, mais qui peut aussi empêcher cette configuration. Ceci a des effets importants sur les formes de régulation sociale construites à l'échelle locale.

La convergence ou la divergence des identités des acteurs concernés est donc importante pour la structuration des formules partenariales. Enfin, selon le principe de l'interaction des niveaux de gestion des rapports sociaux (local, national, international), les structures internationales et nationales déterminent à leur tour l'identité des acteurs locaux. C'est dans cette dynamique constamment en interaction et en changement que nous avons étudié les acteurs locaux du partenariat public-communautaire en santé mentale au Saguenay-Lac-Saint-Jean.

## **CHAPITRE 2**

### **LES ACTEURS DE LA DYNAMIQUE RÉGIONALE**

La connaissance des acteurs régionaux ainsi que des forces qui stimulent leurs actions est importante afin de mieux cerner les enjeux de la réforme administrative du ministère de la Santé et les Services sociaux d'autant plus que la présente étude a pour objectif de connaître les rapports entre ces acteurs.. Ce chapitre fait la description des intervenants dans la planification et la distribution des services en santé mentale au Saguenay-Lac-Saint-Jean. Certes, il faut tenir compte du fait que ces acteurs s'insèrent dans une dynamique plus large, mais nous limiterons volontairement les acteurs étudiés à ceux qui ont un ancrage régional. De ce fait, ni le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), ni le Regroupement des ressources alternatives en Santé mentale du Québec (RRASMQ) ne seront considérés comme des acteurs régionaux. Alors, dans cette perspective de compréhension des enjeux en cours dans la région étudiée, nous décrirons d'abord les groupes communautaires, ensuite les établissements et enfin le Conseil régional de la Santé et des Services sociaux (CRSSS) (Figure 1, page 32).

## 2.1 Les groupes communautaires

D'une manière générale, les groupes communautaires intervenant dans l'offre des services de santé, sont des organismes sans but lucratif (OSBL) «dont les affaires sont administrées par un conseil d'administration composé majoritairement de clients de l'organisme ou de membres de la communauté»<sup>5</sup>. Les cinq groupes étudiés ont reçu leur incorporation entre 1984 et 1990. Quatre de ces cinq groupes

---

<sup>5</sup> Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, art. 254.

sont nés de l'initiative de membres de la communauté afin de répondre<sup>6</sup> aux besoins de personnes ex-psychiatisées (Tableau 3, page 34).

Ces personnes avaient besoin d'un lieu de rencontre où, par le support de pairs<sup>7</sup>, d'aidants naturels<sup>8</sup>, de bénévoles ou même de professionnelles, elles feraient une démarche d'autonomie et de réinsertion sociale<sup>9</sup>. Afin de répondre à ces besoins, des services diversifiés furent mis sur pieds (nous en reparlerons plus loin). Précisons cependant tout de suite, que parmi les cinq groupes étudiés, trois gèrent un centre de jour. Un centre de jour est un lieu de rencontre qui offre à ses membres du support offert par leurs pairs, de l'écoute active ainsi qu'un suivi plus formel par l'équipe d'animation. L'un de ces trois groupes opère aussi des appartements supervisés. Le quatrième groupe offre des services d'hébergement.

---

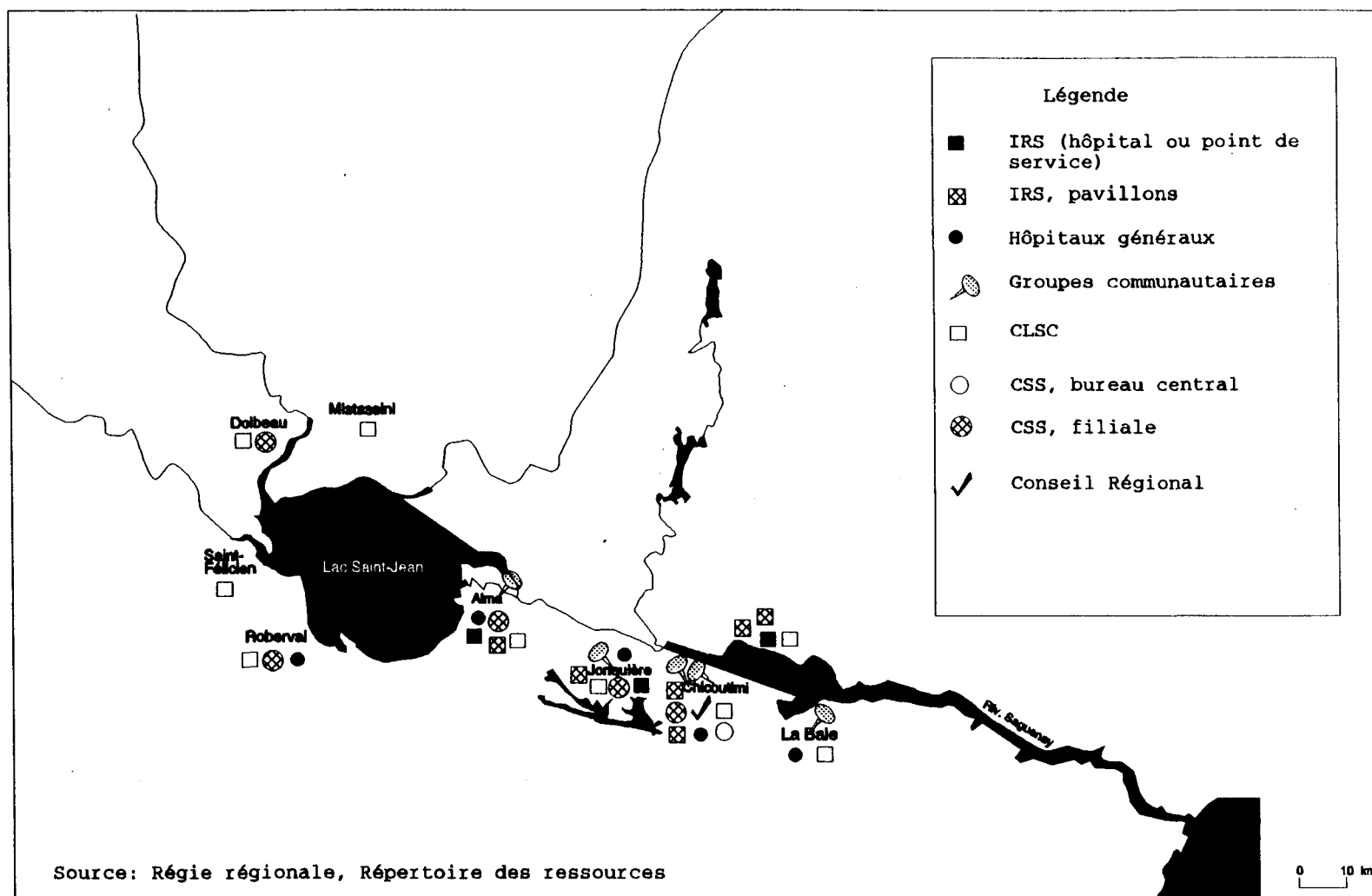
<sup>6</sup> Les personnes ex-psychiatisées sont des personnes souffrant de maladies mentales diagnostiquées et qui ont eu recours à des traitements médicaux prodigués par des psychiatres. Quelques personnes ont été hospitalisées dans un centre hospitalier psychiatrique.

<sup>7</sup> Le mot «pair» est utilisé dans le sens de «personne semblable». Le support par les pairs est donc une forme d'intervention de groupe où les personnes entre elles se donnent du support et des conseils.

<sup>8</sup> Dans les actes du colloque «les nouvelles pratiques sociales au Saguenay-Lac-Saint-Jean» tenu en octobre 1990, Huguette Boivin et Lili Simard définissent l'aide naturelle comme étant une démarche d'entraide et d'écoute basée sur l'intuitif et «le senti» effectuée entre des personnes «ayant souvent vécu la souffrance» démarche basée sur des principes de réciprocité, de partenariat, d'opposition aux concepts de spécialiste et de malade. Les règles sont souples et s'ajustent aux besoins ressentis par les personnes tout au cours de la démarche. L'expression des émotions est favorisée tant chez «l'aidant» que chez «l'aidé».

<sup>9</sup> En référence au fait que certaines personnes doivent réapprendre à vivre en société de manière autonome après avoir été prises en charge par un établissement lors d'une hospitalisation plus ou moins prolongée.

**Figure 1 Localisation des établissements, des groupes et du Conseil Régional**



Et, enfin, le cinquième offre un suivi par des bénévoles. Ce dernier groupe n'opère pas encore de centre de jour mais prévoit offrir ce type de service afin de recevoir une subvention récurrente du CRSSS dans le cadre du Plan Régional d'Organisation des Services (PROS) en santé mentale. Pour ce faire, il devra modifier substantiellement sa population cible.

Bien que la population ciblée par les groupes diffère d'un groupe à un autre, la majorité intervient auprès de personnes psychiatisées, ex-psychiatisées, et celles qui ne le sont pas encore (Tableau 3, page 34).

L'inclusion de ce type de population dans la population cible des groupes est due à deux facteurs. Le premier concerne le besoin exprimé par les membres<sup>10</sup> qui demandent des services précis. Le deuxième tient des conditions établies par le CRSSS afin d'obtenir un financement récurrent dans le cadre du PROS en santé mentale. Dans une lettre envoyée en 1991 à un des groupes étudiés, le CRSSS disait:

Il appartiendra à votre groupe de réévaluer, s'il le juge pertinent, sa mission et sa clientèle à desservir à la lueur des orientations de notre conseil régional qui ont, bien entendu, des incidences notamment au niveau des mandats, et du financement relié, qui sont confiés à des établissements et des organismes.

---

<sup>10</sup> Bien que toute les personnes requérant des services dans un groupe communautaire sont considérées comme des membres par le personnel des groupes, elles ne détiennent pas toutes, pour autant, leur carte de membre en règle. La carte de membre n'est pas obligatoire pour obtenir des services mais, elle est obligatoire pour la personne qui désire s'impliquer dans la gestion de l'organisme. Nous utiliserons le terme de membre pour désigner les personnes utilisant les services, ces personnes pouvant être aussi des membres en règle.

Tableau 3 Les groupes étudiés

	INCORPORATION	CONDITIONS D'ÉMERGENCE	AIRE DESSERVIE	POPULATION CIBLE	LIENS AVEC LES ÉTABLISSEMENTS	
					ÉMERGENCE	HISTOIRE
GROUPE 1	1984	Ex-stagiaire RRASMQ + ex-psychiatrisé	Jonquière	Personnes vivant ou ayant vécu une détresse émotionnelle	Aucun	Supervision professionnelle fournie par établissement, un membre du C.A. provient d'un étab. (5 ans)
GROUPE 2	1988	Étude de besoins demandée par établissement	Alma	Personnes au prise avec des difficultés psychologiques et sociales	Support d'une intervenante de CLSC, Supervision de DSC	Travailleuse d'un établissement membre de l'organisation
GROUPE 3	1984	Étude de besoins faite par future D.G.	Ville de la Baie	Personne souffrant de problèmes émotifs ou de troubles psychiatriques	Dons de matériel et un membre C.A. est travailleuse dans établissement	Travailleuse d'un établissement membre du C.A.
GROUPE 4	1990	Besoins exprimés par membres d'un autre organisme	Chicoutimi	Personnes ayant déjà vécu ou vivant une détresse émotionnelle	Deux membres du conseil proviennent des établissements	Trop récent, se confond avec l'émergence
GROUPE 5	1990	Besoins exprimés par membres d'un autre organisme	Chicoutimi	Personnes au prise avec un problème de santé mentale	Aucun	Trop récent, se confond avec l'émergence

Source: Entrevues, chartes et rapports annuels.

À une exception près, les groupes visent la réinsertion sociale des personnes ayant été hospitalisées dans un centre hospitalier psychiatrique. Le groupe qui ne partage pas cette mission vise à éviter ces hospitalisations en intervenant avant que les crises ne surviennent, c'est-à-dire dans des situations telles la violence, le divorce, la perte d'un emploi, l'abus de médicaments, la consommation de drogues, etc.

Quatre des cinq groupes sont localisés dans la sous-région Saguenay et le cinquième est situé dans la sous-région du Lac Saint-Jean. Deux groupes sont localisés dans la même ville (Chicoutimi) mais offrent des services différents.

### 2.1.1 Conditions d'émergence et histoire des groupes étudiés

La majorité des groupes étudiés sont nés grâce aux efforts déployés par des individus suite à l'identification des besoins de la communauté. Il est possible de constater, dès l'implantation des groupes, l'existence d'un lien serré constitué par les groupes et les établissements.<sup>11</sup> Mais, malgré ces liens très étroits, il ne semble pas que les contacts entre les groupes et les établissements aient été structurants.

Plus que les établissements, c'est le Regroupement des Ressources Alternatives en Santé Mentale du Québec (RRASMQ) qui joue un rôle structurant auprès des groupes étudiés. Au moment de la cueillette d'informations, tous les

---

<sup>11</sup> Au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, un établissement est soit un Centre local de services communautaires (CLSC), soit un Centre hospitalier (C.H.), soit un Centre de services sociaux (CSS) ou enfin un Centre d'accueil. Nous reprendrons plus loin la description de ces acteurs de la dynamique régionale actuelle.



groupes étaient membres du RRASMQ ou étaient en voie de le devenir. Cela révèle le rattachement des groupes au courant critique anti-psychiatrique prôné par ce regroupement, même si leur naissance est récente. Cet aspect critique s'est nuancé par la suite et a été remplacé par une tendance au renouvellement des pratiques.

Nous pensons que l'affiliation des groupes au RRASMQ a été structurante parce que l'appartenance au regroupement est conditionnel à une formation. Cette formation est en partie axée sur les valeurs qui regroupent les membres. Ainsi, plus que la formation, c'est l'adhésion à une philosophie commune aux groupes qui permet l'entrée au RRASMQ.

#### 2.1.2 Une philosophie commune aux groupes communautaires: l'autonomie

Les groupes accordent une grande importance à l'individu et à son autonomie; c'est dire que le mot clé des groupes est celui d'«autonomie»; autonomie de la personne, autonomie du groupe.

Les groupes étudiés se définissent en réaction à l'image qu'ils ont des établissements: «On est un organisme alternatif<sup>12</sup>, donc nous utilisons une autre approche<sup>13</sup> que celle du réseau institutionnel» (répondante 2). Bien que les

---

<sup>12</sup> Le mot «alternatif» est utilisé ici dans le sens anglophone c'est à dire comme une solution de remplacement. C'est dans ce sens que nous l'utiliserons au cours de ce texte puisque, selon les groupes, ce mot les définit.

<sup>13</sup> L'approche thérapeutique est un ensemble de valeurs traduites en des comportements spécifiques lors de l'intervention sociale.

intervenantes<sup>14</sup> des groupes se défendent bien de critiquer ouvertement le travail fait dans le réseau institutionnel, conscientes de leurs intérêts dans une période de rapprochement entre les groupes et les établissements du réseau, celui-ci accepte mal la dénomination d'alternatif que se donnent les groupes communautaires car perçoit le reflet d'une critique.

Cette approche «alternative» se construit autour du grand thème de l'autonomie des personnes; de la capacité qu'elles ont de déterminer elles-mêmes les paramètres entourant leurs thérapies et leurs guérisons. Cette philosophie s'exprime à travers le langage utilisé pour désigner «l'aidée» c'est-à-dire, «la personne». Ainsi on ne parlera ni de «client», ni de «bénéficiaire», ni de «cas», ni même de «dossiers», désignations que l'on peut entendre dans les établissements. Selon la philosophie prônée par les groupes, ce sont des «personnes» à part entière, capables de prendre leurs propres décisions:

Ce qu'il y a d'important, c'est que je crois à la personne et à son potentiel de prendre ses décisions elle-même. Ils sont peut-être cachés [les potentiels] mais on [le groupe] donne simplement les outils pour que ça sorte.

Une intervention faite par une intervenante d'un groupe communautaire sera, selon cette perspective, «moins contraignante», «moins cadrante», «moins directive».

---

<sup>14</sup> Dans ce chapitre, ainsi que dans les suivants, lorsque nous parlerons des personnes qui interviennent, gèrent ou interviewées nous le ferons exclusivement au féminin, ceci pour refléter, premièrement, une position idéologique de l'auteure, deuxièmement, pour traduire la réalité; la majorité des personnes mentionnées sont des femmes et, enfin, pour respecter l'anonymat de nos sources masculines, tel qu'était leur désir, qui pourraient être identifiées considérant leur nombre très restreint.

Les groupes centrent donc leur intervention sur un certain individualisme, ce qui véhicule une critique à la philosophie dominante dans les établissements où, souvent, la thérapie amène la dépendance de la personne envers son thérapeute. Cependant, il ne faut pas comprendre cette approche individualiste comme le rejet de valeurs communautaires mais, plutôt comme le résultat d'une reformulation des valeurs. L'adhésion des groupes à cette valeur commune qu'est l'autonomie se retrouve à divers niveaux de l'organisation, notamment dans les services et dans les structures formelles des groupes.

#### 2.1.3 Les structures formelles des groupes communautaires

Nous entendons par structure formelle, celle établie par l'incorporation et les règlements généraux. Tous les groupes communautaires étudiés sont incorporés en vertu de la troisième partie de la Loi sur les compagnies ce qui en fait des organismes sans but lucratif (OSBL) gérés par un conseil d'administration élu par l'assemblée générale. Ce qui peut différencier un groupe de l'autre concerne la composition de l'assemblée générale et la composition du conseil d'administration (Tableau 4, page 39).

Le nombre d'administrateurs varie de sept à onze membres. Chaque conseil d'administration fait appel aux usagers mais dans des proportions différentes. Ainsi, quatre groupes sur cinq ont des sièges réservés exclusivement aux usagers des services.

**Tableau 4** Représentativité des usagers aux diverses instances de la structure décisionnelle des groupes étudiés

	GROUPE 1	GROUPE 2	GROUPE 3	GROUPE 4	GROUPE 5
Nombre de catégories de membre de l'assemblée générale	3	2	1	3	1
Nom des catégories de membres	participant sympathisant honoraire	actif honoraire	résident du territoire du DSC	régulier sympathisant honoraire	personne intéressée et acceptée par le conseil
Nombre de membres au conseil	9	7	11	9	9
Nombre d'usagers au conseil	5	minimum 2 possible 4	minimum 2 possible 6	4	pas spécifié dans le RRI

Source: Règlements généraux, chartes et rapports annuels

La participation des usagers aux différentes instances de l'organisation implique que les services offerts par les groupes peuvent différer de ceux offerts par les établissements. Possiblement, les services des groupes répondent mieux aux besoins des membres que ceux offerts dans les établissements car ils sont conçus comme des échanges gérés et, dans quelques cas, planifiés et offerts par les membres eux-mêmes. De plus, la critique de la thérapie institutionnelle créant la dépendance se retrouve dans chaque activité du groupe parce qu'elles sont axées sur l'autonomie de la personne.

#### 2.1.4 Les services offerts par les groupes communautaires

Les groupes offrent des services fort diversifiés mais semblables d'un

organisme à un autre; ils interviennent tous aussi bien auprès des individus qu'auprès de groupes restreints (Tableau 5, page 42).

Comme nous l'avons dit plus haut, ce qui distingue les services offerts par les groupes de ceux offerts par les établissements tient principalement de l'accent mis sur l'autonomie des personnes, accent qui se traduit par la possibilité de donner et de recevoir des services simultanément. En plus des services offerts aux individus et aux groupes restreints, les groupes interviennent aussi auprès de la communauté afin de faire la promotion de la santé mentale et la défense des droits des personnes atteintes de maladie mentale.

Autant que les structures formelles et les services offerts, l'atmosphère régnant dans les groupes communautaires les distinguent des établissements. Les interviewées réfèrent souvent à une atmosphère particulière. On parle d'ambiance familiale et chaleureuse, de la constitution d'un milieu de vie où la créativité serait «débridée» concernant les possibilités d'intervention. Le milieu de vie ainsi que l'intervention seraient aussi, moins structurés. Cette approche familiale est rendue possible grâce entre autres, aux locaux occupés par les groupes communautaires. Dans les cas où ils n'ont pas littéralement pignon sur rue dans un appartement avec cuisine, salle de bain familiale et bureaux situés dans les anciennes chambres à coucher, les locaux sont aménagés de manière telle, que l'on y retrouve souvent une cuisine dans laquelle on prend le café, on parle, on fait des activités. En fait, il y est soutenu que l'intervention peut se pratiquer en lavant la vaisselle ou en

d'autres occasions habituellement réservées à un cadre familial. Bien que les groupes aient choisi de travailler dans cette atmosphère, le choix des locaux n'est pas toujours libre. Il est contraint par les moyens financiers dont ils disposent

Tableau 5 Mission poursuivie et services dispensés par les groupes étudiés

	MISSION	SERVICES		
		INDIVIDUELS	GROUPE	COLLECTIFS
GROUPE 1	Réinsertion sociale et prévention des réhospitalisations	Accueil, évaluation et référence. Intervention individuelle, écoute téléphonique, visites à domicile et/ou hôpital, support aux proches, supervision de l'hébergement, défense des droits.	Activités ludiques, sportives, extérieures, culturelles.	Informar la population sur la santé mentale. Défense des droits.
GROUPE 2	Prévention des hospitalisations	Écoute, information, référence, entraide, support.	Groupes thématiques: femmes et élixir, endeuillées, femmes-divorce, sans emploi, groupe d'agoraphobe.	Démystification et promotion de la santé mentale.
GROUPE 3	Réinsertion sociale et prévention des hospitalisations	Écoute, relation d'aide, visites à domicile, à l'hôpital, accompagnement, écoute téléphonique, support aux familles, référence et orientation, défense des droits.	Activités ludiques, créatrices, physiques, sociales culturelles. Loisir, prise en charge	Défense des droits et liberté, démystification et promotion de la santé mentale.
GROUPE 4	Réinsertion sociale et prévention des réhospitalisations	Écoute individuelle et téléphonique, accompagnement, suivi régulier.	Activités audio-visuelles, ateliers d'intégration à l'emploi, conditionnement physique, discussions, jeux de société, planification budgétaire, soirées dansantes, spectacles, visites culturelles.	Promotion de la santé mentale.
GROUPE 5	Réinsertion sociale et prévention des réhospitalisations	Accompagnement et rééducation aux activités de la vie: budget, épicerie, emploi, défense des droits, etc.	Éducation à la vie en groupe	Promotion de la santé mentale

Source: Entrevues, rapports annuels, dépliants promotionnels, guides d'orientation.

### 2.1.5 Le financement des groupes communautaires.

L'ensemble des services sont offerts par les groupes communautaires grâce à plusieurs sources de financement, notamment les subventions accordées par le MSSS ou le CRSSS (Tableau 6, page 44). Bien que cet état des choses puisse nous faire penser que, sous cet aspect, les groupes ressemblent aux établissements, il n'en est rien. Les conditions liées au financement participent aussi, pour une large part, à la structuration de l'identité spécifique des groupes communautaires. Les groupes sont pauvres, le financement est parfois instable et ces conditions provoquent de l'insécurité et de l'instabilité dans le personnel et dans les groupes.

Les groupes communautaires font appel à plusieurs sources de financement pour assurer leur fonctionnement. Les opérations de base (une ou deux employées, le coût des locaux et certaines dépenses de fonctionnement) sont financées par une subvention accordée par le MSSS ou le CRSSS. D'autre part, les programmes provinciaux et fédéraux de création d'emploi servent à embaucher du personnel supplémentaire. Sans ces programmes, les activités mises de l'avant par les groupes seraient nettement moins élaborées. Cependant, les contraintes inhérentes à l'utilisation de ces programmes impliquent un fort roulement de personnel. Dans un organisme, par exemple, il y a eu un total de seize intervenantes différentes en une seule année! Enfin, les autres sources de financement sont accordées par les bailleurs de fonds pour des activités spécifiques et sont nettement moins



Tableau 6 Sources de financement des groupes

	GROUPE 1	GROUPE 2	GROUPE 3	GROUPE 4	GROUPE 5
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	X		X	X	X
CONSEIL RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX		X	X	X	X
FONDATION DE L'INSTITUT ROLAND SAUCIER	X		X	X	X
FONDATION DE LA MALADIE MENTALE DU QUÉBEC		X			X
CENTRAIDE	X		X	X	
SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC	X				
PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT DE L'EMPLOI (FÉDÉRAL)	X	X	X	X	X
PROJET DÉFI (PROVINCIAL)	X	X	X		
PROJET EXTRA (PROVINCIAL)	X	X			
BON D'EMPLOI PLUS (PROVINCIAL)					X
DONS	X	X	X	X	X
AUTOFINANCEMENT	X	X	X		X
CARTES DE MEMBRES	X	X			
MINISTÈRE DES LOISIRS, DE LA CHASSE ET DE LA PÊCHE				X	
EMPLOI ET IMMIGRATION				X	
AUTRE (NON IDENTIFIÉ PAR LE GROUPE)			X		

Source: Rapports annuels et financiers

importantes que les sources précédemment citées. Et, dans la pauvreté, les groupes communautaires ne sont pas tous égaux; il y en a de plus pauvres que d'autres. C'est le cas surtout des nouveaux groupes.

En plus d'avoir un niveau de financement plus bas que celui des anciens groupes (Tableau 7, page 46) les nouveaux groupes n'ont pas l'assurance du CRSSS que les subventions qu'ils obtiennent seront récurrentes<sup>15</sup>. Ce dernier aspect contribue largement à l'insécurité du personnel et à l'instabilité des groupes puisqu'il est impossible d'assurer la continuité des services voire de la survie des groupes lors de la prochaine année financière. Les nouveaux groupes doivent donc sans cesse négocier des fonds auprès du CRSSS:

On a de l'argent à force d'aller pleurer au Conseil régional et de se mettre à quatre pattes. Là, ils nous donnent un budget de dépannage. Mais on a encore rien de reconnu (répondante 3).

La diversité des sources de financement des groupes communautaires exige souvent une comptabilité fort complexe. Certains programmes nécessitent souvent une comptabilité spécifique et unique. La comptabilité ainsi doublée ou triplée implique un travail accru de la part du personnel en charge de la comptabilité.

---

<sup>15</sup> Nous verrons plus loin que cette situation est provoquée par le vide créé par les nouvelles directives émises par le ministère concernant le financement des groupes communautaires. Ces directives s'inscrivent à l'intérieur de la réforme des services sociaux et de santé. Ainsi, le ministère ne donne plus directement de subventions aux nouveaux groupes, groupes créés après l'émission de ces directives et issus de la nouvelle dynamique de planification régionale des services. La responsabilité du financement des groupes communautaires échoit maintenant aux régies régionales. Or, ces dernières n'ont pas reçu les budgets correspondants.

**Tableau 7** Financement des groupes communautaires

	ANCIENS GROUPES		NOUVEAUX GROUPES		
	1984	1984	1988	1990	1990
SUBVENTIONS	\$126,151	\$100,280	\$62,242	\$35,912	\$137,406
DONS ET AUTOFINAN- CEMENT	\$2,381	\$5,609	\$9,382	\$1,300	\$12,860
MONTANT TOTAL	\$128,532	\$105,889	\$62,243	\$37,212	\$150,266

Source: Rapports annuels et financiers

À titre d'exemple, un organisme a présenté quatre «états des revenus et des dépenses» différents couvrant tous la même période. Ces états financiers différents s'appliquaient à des financements de projets particuliers comme le sont les programmes PDE ou DÉFI. Le financement des groupes est donc complexe et difficile. Malgré tout, les groupes réussissent à avoir une organisation du travail très structurée qui rappelle à certains égards celle des établissements.

### 2.1.6 La division du travail

Dans tous les groupes communautaires, la division du travail est très claire entre la gestion et l'intervention (Tableau 8, page 48). De manière générale, les tâches dévolues à la direction générale sont celles reliées au financement, à la gestion et à la formation du personnel, ainsi qu'aux relations avec d'autres organismes et établissements.

L'accomplissement de ces nombreuses tâches de représentation provoque

une absence prolongée de toutes les personnes assumant la direction générale à l'intérieur de leur organisation (Tableau 9, page 49). Cela signifie que leur implication dans l'intervention directe auprès de la clientèle est assez faible (de rare à exceptionnel selon les interviewées), sauf dans un groupe où la division du travail a été planifiée de manière à éviter des absences prolongées hors de l'organisme. Dans ce dernier groupe, toutes font de l'intervention directe auprès des membres au moins 3,5 jours par semaine.

La direction générale est aussi responsable de la formation du personnel. Cette formation vise, entre autres, à diffuser et à préserver la philosophie alternative de l'organisme. Cet aspect est très important dans la majorité des groupes communautaires, comme nous l'avons déjà montré. Dans la plupart des cas, il revient à la direction générale de planifier la formation du personnel, en plus, pour au moins deux organismes, de dispenser elle même cette formation.

Les tâches associées à l'intervention concernent principalement l'intervention directe auprès des personnes qui fréquentent l'organisme. Ces tâches sont de divers ordres: 1) les fonctions d'accueil, qui comprennent l'évaluation et la référence dans le cas où la personne ne se présente pas au bon endroit, 2) l'écoute et l'intervention individuelle, 3) les visites aux personnes hospitalisées et l'organisation des activités avec celles qui viennent au local et 4) la coordination du travail des bénévoles. Dans la plupart des groupes, le personnel change fréquemment. C'est

**Tableau 8 Répartition des tâches dans les groupes communautaires étudiés**

TACHES	GESTIONNAIRE	INTERVENANTE	SECRÉTAIRE-COMPTABLE
Recherche de financement et gestion des budgets	X		
Gestion du personnel: réunions d'équipe formation supervision	X		
Relations extérieures	X		
Préparation des réunions du conseil	X		
Accueil des usagers: téléphone évaluation Référence		X	
Intervention auprès des usagers	X (occasionnel)	X	
Ecoute téléphonique		X	
Tenue des statistiques		X	
Visites à domicile ou à l'Hôpital		X	
Accompagnement et défense des droits	X (occasionnel)	X	
Planification, coordination et animation des activités de groupe		X	
Coordination des bénévoles		X	
Tenue des livres de paie			X
Préparation des différents rapports pour la recherche de financement			X
Tenue des livres comptables			X

Source: Rapports annuels, descriptions des tâches, contrats d'engagement et entrevues.

pour cette raison que la polyvalence est obligatoire. La division du travail au sein des groupes se fait selon l'expérience des personnes, des habiletés naturelles et du désir du personnel.

**Tableau 9 Relations extérieures effectuées par la directrice générale: organismes visés et fréquence des liens**

PARTICIPATION DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE AUX TABLES ET/OU AUX COMITÉS	FRÉQUENCE  x= UNE FOIS DE TEMPS EN TEMPS xx= RÉGULIER xxx= SOUVENT
Table de concertation des organismes affiliés à Centraide	x
Table de concertation des organismes en maintien à domicile	x
Table de concertation jeunesse	x
Regroupement d'organismes communautaires sur une base locale	xx
Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec.	x pour les membres xx pour les administratrices du regroupement
Association Régionale des Ressources Alternatives et Communautaires en Santé mentale	xx
Les rapports avec le Ministère de la santé et des services sociaux	xx
Les rapports avec le CRSSS:	
Comité d'experts	xxx
Comité tripartite	xxx
Regroupement régional ad hoc	x

Source: Entrevues

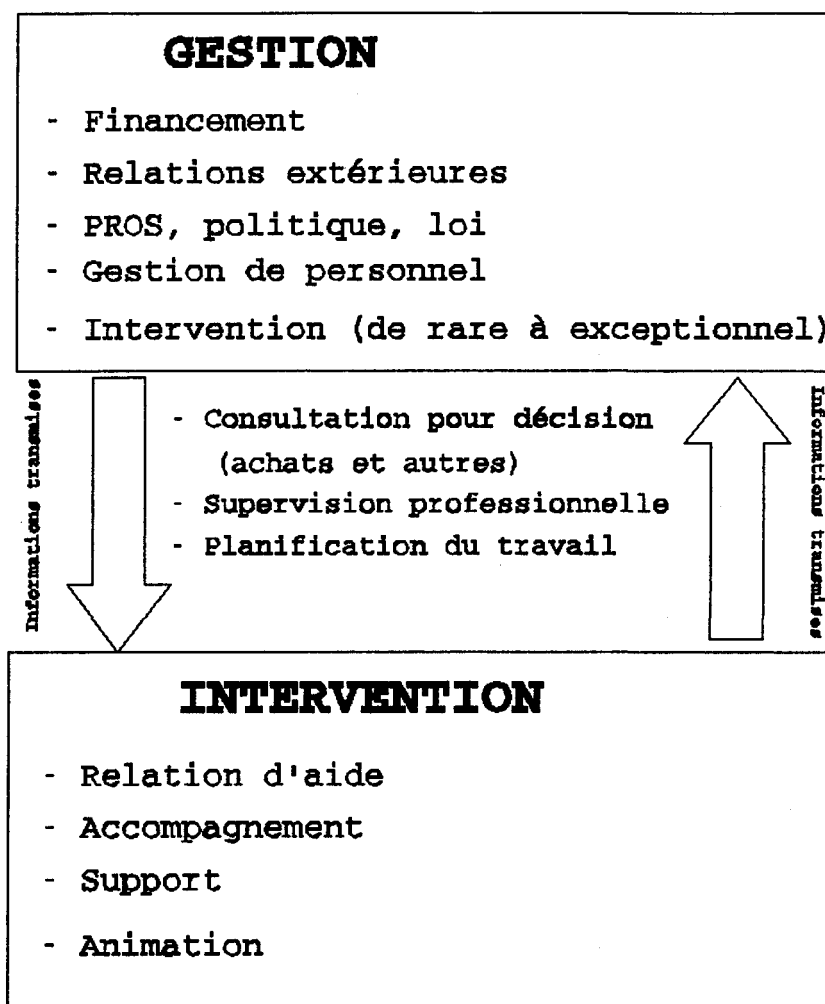
L'analyse de la division du travail dans les groupes permet d'établir un certain parallélisme avec la gestion exercée dans les établissements du réseau, comme l'affirme une interviewée: «Comme D.G., j'administre exactement comme une D.G. d'établissement». Cependant, si les tâches de gestion coïncident dans toutes les organisations, qu'elles soient communautaires ou institutionnelles, les groupes les perçoivent différemment. Dans les groupes, la gestion se fait de manière non directive, assurent les personnes interviewées. Une directrice générale complète en disant «elles ont beau m'appeler le «Boss», c'est une direction pas mal collégiale excepté que ce qui prime, c'est mon expérience» (répondante 7)

Enfin, deux aspects importants contribuent à la spécificité de la division du travail dans les groupes communautaires. Le premier concerne les informations transmises entre l'intervention et la gestion; les deux sphères de l'organisation ne sont pas complètement isolées (Figure 2, page 51). Les informations concernent notamment les achats (consultation sur la pertinence de tel ou tel achat), la supervision professionnelle, la planification du travail et les discussions sur des situations d'intervention.

Le deuxième aspect important réside dans le climat de travail. Bien que vivant avec des salaires qui ne sont pas comparables à ceux payés dans un établissement, travaillant souvent dans des conditions matérielles précaires, les intervenantes et les directrices générales affichent une grande satisfaction de leur travail. C'est sans doute une autre manifestation du caractère dit alternatif de ces

**Figure 2** Division du travail et informations transmises dans les groupes communautaires

## **GROUPE COMMUNAUTAIRE**



groupes face aux établissements.

### 2.2 Les établissements

Selon la loi sur les services de santé et les services sociaux, un établissement est soit un Centre local de services communautaires (CLSC) soit un centre hospitalier soit un centre des services sociaux ou un centre d'accueil. Ces



établissements sont des corporations autonomes administrées par un conseil d'administration dont la composition varie selon le type d'établissement. Les CLSC, le CSS ainsi que les centres hospitaliers (C.H.) de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean assurent des services en santé mentale et, du coup, se retrouvent dans le champ de notre étude. Nous en ferons brièvement la présentation.

### 2.2.1 Les CLSC

Les CLSC doivent assurer

à la communauté des services de prévention et d'action sanitaire et sociales, notamment en recevant ou visitant les personnes qui requièrent pour elles et leur famille des services de santé ou des services sociaux courants, en leur prodiguant de tels services, et les conseillant ou, si nécessaire, en les dirigeant vers les établissements les plus aptes à leur venir en aide. (Gouvernement du Québec, Projet de Loi 120, Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., ch. S-5, art 1)

Lorsque les CLSC ont été implantés au début des années soixante-dix, ils devaient mettre de l'avant des programmes sociaux et de santé individuels et collectifs pensés en fonction des besoins spécifiques de la population du territoire de chaque CLSC. C'est ainsi que les CLSC devaient être différents d'un territoire à un autre.

En plus de cette différence liée à leur spécificité territoriale, les CLSC se distinguent aussi selon leur période de création; il y a les CLSC de première génération, nés dans les années 1970 à partir de la transformation des cliniques

populaires ou d'autres groupes issus de la communauté.

Les CLSC de première et de deuxième génération se distinguent entre autres par la provenance de leur personnel; celui des CLSC de deuxième génération résulte du transfert des Centres des services sociaux (CSS) pour les intervenantes sociales et des Départements de santé communautaire (DSC) pour les infirmières. Cette fusion crée une culture organisationnelle différente de celle des CLSC de première génération qui étaient nettement axés sur l'animation communautaire en vue de la réduction des inégalités sociales.

Dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, il y a 8 CLSC et les groupes de notre étude entrent en lien avec 4 de ceux-ci. Tous de deuxième génération (1981, 1984, 1985, 1985). Ces CLSC ne sont pas issus de besoins exprimés par leur communauté, comme l'affirme une répondante.

En ce qui regarde notre CLSC, qui est né de la deuxième génération en 1981, c'est un CLSC qui n'est pas né de l'implication de la communauté. Il aurait sûrement été voulu par les gens du milieu, mais la communauté n'a pas été très impliquée. Alors depuis 10 ans, le CLSC n'a pas de contact très étroit avec la communauté sauf pour la présence de quelques groupes communautaires au sein du conseil d'administration. Moi je n'ai jamais senti que les groupes avaient une influence très grande dans les décisions qui étaient prises par le CLSC (répondante 9).

À l'image de tous les CLSC, ceux de notre étude ont chacun un territoire déterminé. Ainsi, ils desservent des populations variant entre 25 228 h à 77 332 h. Pour répondre aux besoins de cette population, l'ensemble des CLSC concernés

ont tous à leur emploi du personnel multidisciplinaire qui travaille auprès des individus et des groupes. Les CLSC oeuvrent aussi dans l'organisation communautaire. Ils font ainsi l'identification et l'analyse des problèmes de la collectivité du territoire et pensent à des stratégies pour l'amélioration des conditions de vie de la population du territoire concerné, le tout en étroite collaboration avec les groupes communautaires.

Mais, pour l'essentiel, le personnel des CLSC offre des services variés tels des services en périnatalité, des soins aux mères et aux enfants, des services psychosociaux aux jeunes, aux familles, ainsi qu'aux personnes âgées. De plus, des programmes d'hygiène dentaire, de santé et de sécurité au travail, de toxicomanie, de prévention des maladies infectieuses sont mis de l'avant. Enfin, les programmes de maintien à domicile auprès d'adultes âgés ou en perte d'autonomie, prennent de plus en plus d'importance à mesure que la population québécoise vieillit. Aucun CLSC étudié n'offre des services spécifiques en santé mentale.

À l'image des programmes de soutien à domicile, certains programmes voient leur clientèle ciblée par le gouvernement à titre de clientèle prioritaire et bénéficient de budgets protégés; budgets qui ne peuvent être utilisés à d'autres fins. Cependant, les CLSC, comme on le verra, ont tout de même une marge de manoeuvre beaucoup plus grande que celle des Centres de Services sociaux.

### 2.2.2 Le Centre des services sociaux<sup>16</sup>.

Lors de la cueillette des données de notre étude, le Centre des services sociaux (CSS) était dans l'attente de profondes transformations en ce qui concerne le rôle qui lui était confié jusqu'alors. Sa responsabilité était

...de fournir des services d'action sociale en recevant ou en visitant les personnes qui requièrent pour elles ou leurs familles des services sociaux spécialisés en offrant aux personnes qui font face à des difficultés d'ordre social l'aide requise pour les secourir notamment en mettant à leur disposition des services de prévention, de consultation, de traitement psychosocial ou de réadaptation ou d'adoption, de placement d'enfants ou de personnes âgées...(LRQ ch. S-5)

À l'inverse des CLSC, les CSS offrent des services spécialisés pour des problématiques particulières. Les CSS travaillent auprès de personnes en besoin de placement en milieu substitut<sup>17</sup>. Un milieu substitut peut être une famille d'accueil recrutée et gérée par le CSS ou un centre d'accueil.

Ces personnes ayant besoin d'un milieu substitut peuvent être des jeunes en besoin de protection ou en difficulté, des personnes âgées non autonomes, ou des personnes atteintes de maladie mentale ne pouvant résider en milieu naturel ou en centre hospitalier général ou psychiatrique.

---

<sup>16</sup> Suite à la réforme Côté, les CSS s'appellent Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ). Puisque la collecte de donnée est intervenue avant le changement de nom, nous utilisons celui de Centre des services sociaux.

<sup>17</sup> Un placement en milieu substitut intervient lorsque le degré d'autonomie d'une personne ne lui permet plus d'habiter chez elle ou dans sa famille, son milieu naturel.

L'histoire officielle des CSS remonte à l'année 1972. Il y eu, alors, une réforme du système des services de santé et des services sociaux, précédée par une commission d'enquête présidée par M. Claude Castonguay et M. Gérard Nepveu. Cette réforme est désignée comme la «réforme Castonguay-Nepveu» et c'est à sa suite que la forme actuelle des CSS s'est définie.

Dans les premières années, nous dit la personne que nous avons interviewée au CSS, les CSS

travaillaient au niveau des groupes communautaires, entre autres au niveau des groupes de conscientisation, des groupes d'entraide [...] on a même fait du socio-politique! Les CSS se sont rendus jusque là! Mais, en 1975, les CSS se sont fait enlever complètement le volet du communautaire au sens le plus pur du terme. Le CSS s'est donc indéniablement éloigné des groupes communautaires mais, à tous les trois ou quatre ans, il y a une espèce de relance et on essaie de se rapprocher des groupes communautaires comme tels (répondante 11).

Comme nous le montre la dernière citation, les rapports qu'entretient le CSS avec les groupes communautaires sont épisodiques.

De plus, jusqu'à la réforme Côté, le mandat du CSS étant principalement d'intervenir auprès des personnes en besoin de placement en milieu substitut, ses champs d'action étaient principalement ceux de la jeunesse, des personnes âgées, et des personnes atteintes de maladie mentale. Dans l'avenir, les CSS devront remettre une partie de leurs mandats concernant les personnes âgées et psychiatisées à des centres d'accueil ou aux hôpitaux. Les CSS n'auront donc plus

de contacts avec les groupes communautaires en santé mentale et ne seront donc plus des partenaires dans l'organisation régionale des services en cette matière.

Il n'y a qu'un seul Centre de services sociaux sur l'ensemble du territoire de la région 02. Les services sont offerts par deux filiales au Saguenay (population de 181 793 h) et quatre filiales au Lac Saint-Jean (population de 126 163 h)<sup>18</sup>.

### 2.2.3 Les centres hospitaliers (C.H.)

Toujours selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux, un centre hospitalier est «une installation où l'on reçoit des personnes pour fins de prévention, de diagnostic médical, de traitement médical, de réadaptation physique ou mentale...». Les centres hospitaliers psychiatriques entrent donc dans cette catégorie.

Lors de notre étude, les groupes communautaires entraient en contact avec quatre des huit hôpitaux généraux répartis au Saguenay et au Lac Saint-Jean et avec un hôpital psychiatrique basé à Chicoutimi, l'Institut Roland Saucier (IRS), qui offre des services internes et externes<sup>19</sup>. L'IRS gère 83 lits de courte durée, 10 lits de longue durée, 63 lits en pavillon et 18 en maison d'accueil pour un total de 174 lits à vocation psychiatrique pour l'ensemble du territoire régional.

---

<sup>18</sup> Les données concernant les populations ainsi que les missions et services des établissements sont tirés du répertoire des ressources publié par la Régie Régionale.

<sup>19</sup> Les services externes sont pour une clientèle ne résidant pas à l'hôpital.

Le personnel de l'IRS est lui aussi multidisciplinaire parce qu'il comprend du personnel infirmier, des médecins, des éducatrices spécialisées, etc. Les travailleuses sociales travaillant à l'IRS sont en fait des employées du CSS «prêtées» à l'hôpital par contrat de service entre les deux établissements. Ces contrats de services constituent une pratique courante entre deux établissements. Ils font en sorte que le travail social en milieu psychiatrique est effectué par des travailleuses rémunérées par le CSS, inscrites dans la filière institutionnelle du CSS, mais qui, physiquement, effectuent leur travail à l'IRS. Avec la réforme des services de santé et des services sociaux implantée par le ministre Côté, ces travailleuses seront désormais à l'emploi du centre hospitalier.

Les éducatrices spécialisées doivent voir à l'éducation des personnes atteintes de maladie mentale, aux activités quotidiennes de la vie. Elles doivent voir à la réinsertion sociale des personnes et c'est dans cette perspective qu'elles entrent en lien avec les groupes communautaires qui ont une mission similaire, bien que, comme on l'a vu, une approche différente.

En plus des traitements médicaux, les hôpitaux doivent assumer une part de prévention dans le domaine sanitaire. Ce dernier aspect de la mission des hôpitaux est assumée par les départements de santé communautaire (DSC). Il y en a deux au Saguenay-Lac-Saint-Jean, l'un à Chicoutimi, qui relève de l'hôpital de Chicoutimi, et l'autre à Roberval.

Les DSC doivent identifier les problèmes et besoins de santé de la

population au moyen de recherches en santé communautaire. Ils doivent aussi mettre de l'avant des programmes de prévention et de promotion de la santé, donner des ressources communautaires et enfin prévenir et contrôler des épidémies.

### 2.3 Le Conseil Régional de la santé et des services sociaux (CRSSS)

Au moment de l'étude, le CRSSS, maintenant appelé Régie régionale, était en attente d'une modification profonde de ses structures et de ses mandats. Les mandats qui lui avaient été confiés avant la réforme Côté ne lui donnaient pas le pouvoir d'organiser les services régionaux. Il jouait plutôt un rôle conseil auprès des établissements, autant dans leur propre programmation qu'au sujet de la programmation des services à l'échelle régionale. À la fin de chaque année, le Conseil régional faisait des recommandations au MSSS concernant la répartition des ressources de santé et des services sociaux sur le territoire.

Les mandats des Conseils régionaux sont élargis par la politique en santé mentale, qui leur confiait explicitement les mandats de:

- cerner les besoins de la population de leur territoire, de déterminer les problèmes prioritaires et les actions à privilégier;
- de respecter les conditions exigées par la mise en place de la gamme essentielle de services, selon les priorités et les besoins de la population;
- de préciser les mandats des différents établissements et organismes concernés et les réorganisations à effectuer et de prévoir la réallocation des ressources financières qui en découle;
- d'élaborer des mécanismes d'évaluation des résultats, eu égard à l'accessibilité aux services et aux orientations de cette



politique.(Québec, 1989a: 54)

Pour réaliser ces mandats, la politique en santé mentale obligeait le CRSSS à créer un comité tripartite composé des représentants du réseau des établissements, d'«organismes communautaires actifs en santé mentale» (Québec, 1989a: 54) et enfin de «représentants des différentes communautés de la région et des organisations engagées dans des secteurs dont les actions peuvent avoir une influence sur la promotion de la santé mentale, la prévention et la réinsertion.»(Québec, 1989a: 54). C'est avec ces nouveaux mandats que le CRSSS de la région du Saguenay-Lac-Sain-Jean (CRSSS-02) amorçait la planification régionale des services en santé mentale. Mais il ne la commençait pas en territoire vierge; son histoire avait façonné sa façon d'appréhender la réalité.

Le CRSSS d'avant la réforme Côté, nous dit une personne interviewée «n'avait pas de pouvoir, pas de devoir. Il prenait donc la place laissée libre par les acteurs du milieu. Ce qui explique que les CRSSS de la province aient pris toute sorte de tangentes». Les CRSSS ont donc des identités propres, tissées au fil de l'histoire. Le CRSSS de la région 02 a souvent eu le rôle de médiateur, de tampon entre le ministère et le milieu. Le CRSSS 02 est

un organisme qui a toujours géré des crises. Il est fait et construit pour gérer des crises. La philosophie, les moyens, les conflits et l'intelligence du CRSSS est là... Si tu veux que le CRSSS vive, mets lui une crise. Tu t'adresses à un CRSSS de gestion, un CRSSS de crise, un CRSSS qui est prêt à faire face à n'importe laquelle crise, mets-en, manque d'argent, déplacement des vies, etc. On passe à travers cela sans problème, on est fait pour ça. Le CRSSS est un

cadre qui va digérer les grosses crises sociales, on a du personnel engagé en fonction de cet aspect (répondante 13).

Le CRSSS est donc une organisation très bien outillée pour affronter des conflits, qui utilisera ses spécialistes afin de sortir des crises: «s'ils nous attaquent sur la théorie, les finances, on a des bons «PhD» en n'importe quoi, on peut convaincre n'importe qui» (répondante 13). En plus du personnel spécialisé, la structure même du CRSSS peut lui permettre de sortir de la crise.

Quand tu attaques le CRSSS tu peux attaquer deux CRSSS différents; tu peux attaquer le CRSSS des fonctionnaires, et le monde de la démocratie. Les élus, le président; les gens qui sont là pour représenter. Et nous on l'utilise, soit d'un côté, soit de l'autre. C'est la stratégie ça (répondante 13).

Enfin, les personnes interviewées disent que le CRSSS 02 est très axé sur la gestion, comportement modelé en fonction des liens presque exclusifs qu'il a entretenus avec les établissements du réseau public puisque les groupes communautaires transigeaient alors avec le MSSS dans le cadre des programmes de financement. Dans ce monde de la gestion publique, il y aurait des lois, certaines explicites comme celle de l'imputabilité, d'autres implicites, qui se sont construites à travers l'histoire entre les établissements et le CRSSS. «Il y a des lois dans le milieu de la gestion publique qui sont méconnues des gens des organismes communautaires» (répondante 14). En plus des lois liées à la gestion, les habitudes de fonctionnement entre les établissements et le CRSSS ont créé des codes, des manières d'être.

On est plus habitué à transiger avec les établissements et il y a des procédures informelles qui se sont mises en place. Avec les établissements, on connaît nos limites. À un moment donné, on se crée un réseau où, finalement, tu es vraiment partenaire, en ce sens où c'est vraiment «donnant-donnant». Au niveau des organismes communautaires, je ne pense pas que ce soit développé encore (répondante 14).

Avec les nouveaux mandats confiés au CRSSS par la politique en santé mentale, la situation devenait radicalement différente, au point d'être complètement en dehors du champ d'expérience du CRSSS.

Le PROS, la notion même des PROS était complètement incompatible avec ce qu'on avait avant. Quand on entre dans la planification, c'est tout un autre monde qui s'ouvre à nous. Le PROS a créé une mutation épouvantable. Il y a une mutation qui s'opère, qui est très lente, qui est de l'ordre du partenariat, de jaser avec les gens, de parler avec toi plus que de te dire que j'ai raison et que tu vas faire ça. Le CRSSS n'a jamais été dans une position comme ça (répondante 13).

Cependant, les changements organisationnels ne peuvent se faire rapidement, il y aurait présence d'«une vieille garde accrochée à d'anciennes pratiques, d'anciennes notions» qui rendent la mutation difficile (répondante 12). Non seulement les changements internes peuvent être lents et difficiles mais, les futures relations externes de l'organisation sont conditionnées par le passé de sorte que le partenariat peut s'avérer difficile. «Forcément quand tu as cette culture là, que tu traînes dans le temps, t'arrives à des réalités partenariales très compliquées».

Les établissements, les groupes et le CRSSS ont donc une histoire, des

valeurs, des fonctionnements différents, voire opposés. Les groupes sont liés à un courant qui critique la manière de faire des établissements du réseau institutionnel. Et, si le discours fait des groupes des partenaires stables et reconnus, les ressources qui leur sont attribuées ne sont ni stables ni reconnues. C'est dans cette dynamique que le CRSSS amorçait la planification régionale des services en santé mentale dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Cependant, les différences culturelles des acteurs ne sont pas la seule variable ayant influencé le fonctionnement de la démarche, le cadre régional de planification des services allait, lui aussi, influencer le partenariat entre les groupes et les établissements.

## **CHAPITRE 3**

### **LE CADRE RÉGIONAL DE PLANIFICATION DES SERVICES**

Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, les mandats du CRSSS ont été modifiés par la politique en santé mentale. Cette politique faisait suite au rapport du Comité de la politique en santé mentale intitulé «Pour un partenariat élargi» (aussi appelé rapport Harnois, Québec, 1986), qui lui-même se situait dans une lignée de rapports analysant le système de services sociaux et de santé québécois et faisant état de la nécessité de l'approche communautaire<sup>20</sup>. La *politique en santé mentale* (Québec, 1989) faisait des organismes communautaires des partenaires de la planification et de l'offre des services régionaux. Cependant, la tendance à la régionalisation de la planification commençait avant la parution de la politique en santé mentale.

C'est suite à une réunion entre le MSSS et les CRSSS de la province de Québec, tenue en 1987, que commence le processus de planification des services en santé mentale au Saguenay-Lac-Saint-Jean et que l'organisation de ces services devient un objectif prioritaire du CRSSS-02<sup>21</sup>. C'est donc trois mois avant le dépôt de la *politique en santé mentale* (1989) par le MSSS, que le CRSSS-02 amorçait le processus devant le mener à déposer au MSSS un plan d'organisation des services en santé mentale et qu'il «avait statué sur la formation d'un comité d'experts et était

---

<sup>20</sup> Voir à ce sujet, Gingras, 1988

<sup>21</sup> Les renseignements concernant le cadre méthodologique de planification sont tirés d'un document du CRSSS intitulé Plan régional d'organisation des services en santé mentale «cadre méthodologique» et de données d'entrevues.

déjà impliqué dans le processus de planification commandé par le ministère» (CRSSS-02, 1990e: 2). Au Saguenay-Lac-Saint-Jean le processus de planification des services sociaux et de la santé précède les balises établies par Québec.

Les buts poursuivis par cette démarche étaient de doter le CRSSS d'outils de prise de décision dans la réorganisation des services en santé mentale et de permettre aux différents partenaires d'avoir la même compréhension de la planification. On cherchait en fait à responsabiliser les partenaires en les associant à la démarche par la conclusion d'ententes formelles (CRSSS, 1990e: 3).

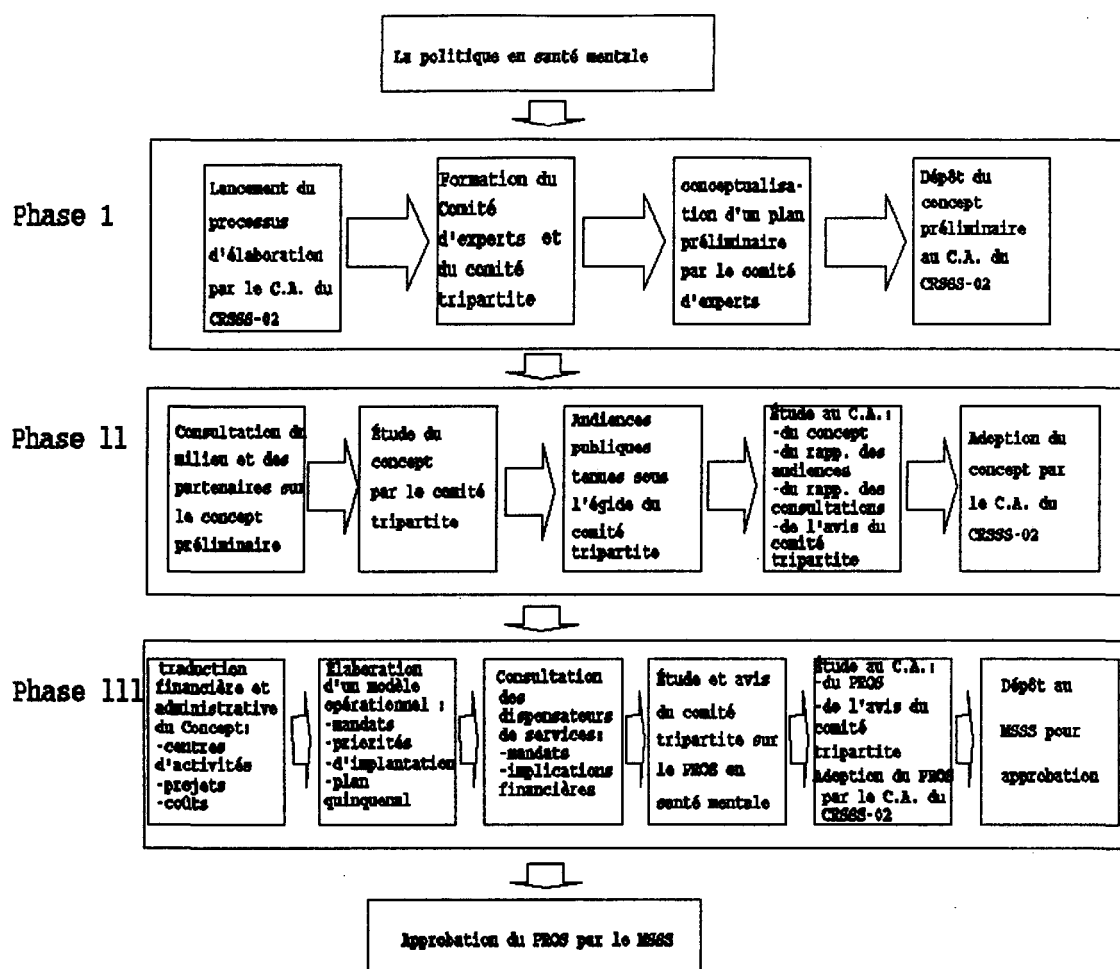
Le processus d'élaboration du PROS devrait se faire en trois phases. La première concerne l'élaboration du concept<sup>22</sup>, la deuxième, la consultation et la troisième, une modélisation administrative et fonctionnelle (Figure 3, page 67). L'élaboration du concept est une responsabilité du comité d'experts qui ensuite doit soumettre son document à la consultation. Le rapport final des différentes consultations doit être envoyé au conseil d'administration du CRSSS pour adoption d'un concept final avant la «traduction du concept en termes de coût, de mandats, de structure de coordination et de gestion». Cette dernière phase doit faire objet de l'approbation des différents partenaires avant l'approbation du PROS par le conseil d'administration du CRSSS-02. Le PROS est ensuite envoyé au MSSS pour approbation.

---

<sup>22</sup> Nous verrons, à la section concernant le mandat du comité d'experts, la définition donnée au mot «concept».

Figure 3 Processus d'élaboration du PROS

Schéma de la démarche d'élaboration du PROS en santé mentale suivie par le CRSSS-02



Source: CRSSS, cadre méthodologique

Ce processus devait ouvrir une place aux groupes communautaires, comme le dit une personne interviewée:

Au départ, la volonté était réelle de donner une voix aux organismes communautaires. C'est-à-dire de leur donner la présence et le pouvoir qu'ils avaient en réalité parce qu'ils sont très importants les groupes communautaires dans le réseau, on ne peut pas s'en passer. Si le réseau public perd ça, c'est une horreur (répondante 13).



De plus, le processus de planification devait aussi faciliter la fusion des différents acteurs en un groupe relativement homogène quant aux valeurs, langage, codes. Une interviewée nous a dit que «le PROS a créé son code pour asseoir tout le monde ensemble. C'est un des objectifs d'un plan». Le plan avait donc l'objectif de créer une culture commune aux établissements, aux organismes communautaires et enfin au CRSSS.

Deux comités ont été mis à contribution pour réaliser le PROS. D'abord le comité d'experts, pensé et structuré par le CRSSS, dont le principal objectif résidait dans l'élaboration du concept à la base du PROS, et, ensuite, le comité tripartite, instance prescrite dans la politique en santé mentale en 1989. Voici les mandats, la composition, la procédure de nomination et les modalités de fonctionnement de chacun de ces comités.

### 3.1 Le comité d'experts

#### 3.1.1 Le mandat du comité d'experts

Le comité d'experts a été officiellement constitué en janvier 1989 et a reçu le mandat du Conseil Régional d'élaborer un «modèle théorique», un concept d'organisation des services<sup>23</sup>:

On demandait à ce comité de réfléchir sur les besoins de la population, sur les problèmes majoritaires de la clientèle et de nos services. Après, il devait proposer une organisation des services qui venait régler les problèmes identifiés. C'était une démarche

---

<sup>23</sup> Le mot concept fait référence ici à une "définition des caractères spécifiques d'un projet" (Larousse 1993).

intellectuelle puisqu'on leur demandait de donner un cadre philosophique, c'est-à-dire de spécifier l'esprit avec lequel on doit offrir des services aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale, de spécifier les valeurs que nous devons défendre. Donc, on demandait au comité de nous donner un cadre théorique, de définir des buts à atteindre, des objectifs généraux et après cela de définir un modèle d'organisation des services (répondante 15).

Le comité d'experts influencera grandement reçoit donc le mandat de décider la future orientation des services en santé mentale au Saguenay-Lac-Saint-Jean et c'est dans cette perspective que la composition du comité prend toute son importance.

### 3.1.2 La composition du comité d'experts

Au départ, le comité d'experts était composé de huit membres siégeant à titre individuel et cela en fonction d'une expertise développée et reconnue. Cependant, considérant le mandat du comité d'experts, la provenance des experts est très importante. Le cadre méthodologique de planification du CRSSS-02 mentionne

qu'en plus d'appartenir à des organismes, établissements ou associations reconnues, les membres devront provenir, à part égale, autant du réseau socio-sanitaire que de la communauté et, s'il y a lieu, représenter également les hommes et les femmes.

Mais, la réalité est tout autre. Ainsi, cinq experts proviennent du réseau institutionnel et trois des organismes communautaires. Les organismes représentés sont les suivants: CRSSS, IRS, CSS, DSC (Roberval), DSC (Chicoutimi), Centre de

prévention du Suicide (CPS), Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), l'Escale. Peu après les débuts des travaux, le représentant du CPS s'est désisté, le comité d'experts est donc composé de sept personnes dont deux personnes proviennent des groupes communautaires. Parmi celles-ci, l'une est une travailleuse d'un établissement et cela pouvait apporter une certaine confusion; parlait-elle selon ce qu'elle vivait dans un établissement ou bien parlait-elle de ce qu'elle connaissait par son implication au conseil d'administration d'un groupe communautaire?

Les experts ont été recrutés par un appel de candidatures<sup>24</sup> fait dans les groupes et les établissements par le CRSSS à l'automne 1988. Un expert étant une personne:

qui a des connaissances du réseau de la santé et des services sociaux, une expérience en santé mentale (quel que soit le secteur), et une expertise, c'est-à-dire d'être reconnue comme une personne porteuse d'une vision particulière ou reconnue parce qu'elle a des forces au niveau de la pratique en santé mentale (répondante 15).

Ces experts ont eu des rencontres hebdomadaires et leur travail était supporté et coordonné par la direction de la planification en santé mentale. Le comité d'experts terminait officiellement son travail en novembre 1989 mais avait déjà transmis un rapport préliminaire au comité tripartite, constitué depuis avril 1989,

---

<sup>24</sup> Ces renseignements sont tirés d'une entrevue exploratoire effectuée auprès d'une personne du CRSSS qui a siégé au comité d'experts. Cette entrevue avait pour objectif de décrire les étapes, les structures et les mandats du processus de planification des services en santé mentale.

pour sa première réunion le 28 juin 1989<sup>25</sup>.

### 3.2 Le comité tripartite

Alors que le comité d'experts commençait à peine son travail, le MSSS émettait les directives devant encadrer la planification des PROS et l'une de celles-ci obligeait les CRSSS à mettre sur pied un comité tripartite de 21 personnes; le PROS ne pouvait être déposé sans la création de cette structure. Cela dérangeait le processus déjà planifié et amorcé:

Moi, j'avais déjà structuré mes affaires là. J'étais déjà parti moi avec le comité d'experts. Le ministère est venu tout déranger mon modèle. Le ministère m'a appelé et ils m'ont dit «on t'impose cela». Je me souviens de la conversation avec la personne du ministère, je lui ai dit que je regrettais mais que ce n'était pas de ses affaires, que c'était moi qui travaillais ici et que, s'il le voulait, il pouvait venir faire mon travail... Alors là il y a eu une coupure avec le ministère (répondante 13).

Ainsi, le comité tripartite devait être créé mais une certaine tension s'est installée entre le CRSSS et le ministère, tension qui ne sera pas sans conséquence.

Le comité tripartite est donc une structure ajoutée sur un processus déjà planifié. L'ajout de cette structure allait déranger le déroulement du processus en terme de mandats et de rythme, d'autant plus que les différents documents en provenance du ministère devant supporter la planification arrivaient toujours un peu après la démarche régionale.

---

<sup>25</sup> La chronologie du PROS en santé mentale est annexée à la fin du présent chapitre.

### 3.2.1 Le mandat du comité tripartite

Le mandat du comité tripartite de la région 02 était de «produire des avis et des commentaires au conseil d'administration du CRSSS-02» (CRSSS-02, 1990e: 6) sur le PROS en santé mentale. De plus, il était responsable de «consulter le milieu régional relativement au Plan régional d'organisation des services en santé mentale» (CRSSS, 1990e: 6). Ces consultations allaient prendre la forme d'audiences publiques à l'échelle régionale.

### 3.2.2 La composition du comité tripartite

Le comité tripartite est composé de 21 personnes nommées par leurs organisations suite à un appel de propositions émis par le CRSSS le 21 mars 1989. Ces personnes devaient provenir de trois secteurs distincts: le réseau institutionnel pour le premier tiers, les organismes communautaires pour le deuxième et, enfin, pour le troisième tiers, des autres organismes de la communauté. Les nominations au comité tripartite ont été officiellement acceptées par le conseil d'administration du CRSSS le 26 avril 1989.

Les membres du comité tripartite se sont rencontrés à 10 reprises du 28 juin 1989 au 21 février 1990 avant de produire un avis d'acceptation au conseil d'administration du CRSSS. Deux réunions ont été tenues pour l'étude et l'acceptation du document provisoire fourni par le comité d'experts, document qui devait déterminer la philosophie d'organisation des services en santé mentale dans

la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Ensuite, il fut envoyé à 350 personnes et organismes pour consultation. La réunion suivante était celle où le concept du plan régional des services était présenté au comité tripartite par le comité d'experts et où l'on devait statuer sur la consultation régionale. Les deux réunions ultérieures ont été consacrées aux audiences tenues respectivement au Lac Saint-Jean et au Saguenay les 26 et 29 Janvier 1990. Enfin, les 5 dernières réunions servirent à la production de l'avis du comité tripartite au conseil d'administration du CRSSS. Trois réunions supplémentaires furent nécessaires pour discuter et accepter le plan d'opération lié au concept.

Alors que le comité d'experts n'était pas représentatif au yeux des groupes, le comité tripartite a eu fort peu de temps pour se pencher sur ledit document et sur les recommandations émises par les organismes et les personnes consultées. Ces deux faits nous indiquent que les groupes ont eu peu de prise sur le contenu du concept d'organisation des services. Le rythme du processus a été dicté, d'une part, par le ministère qui avait émis des échéanciers très courts<sup>26</sup> et, d'autre part, par les fonctionnaires du CRSSS qui voulaient à tout prix que le Saguenay-Lac-Saint-Jean soit la première région à déposer le PROS.

L'offre des services centrés sur les besoins de la personne, la place et l'importance des différents acteurs dans le processus de planification et la création

---

<sup>26</sup> Les personnes interviewées ne s'entendent pas sur la question des directives émises par le ministère. Alors que certaines disent que le MSSS a émis des échéanciers, d'autres démentent cette information. Quoi qu'il en soit, les différents acteurs ont agi dans la perspective d'échéances très serrées, émises par le ministère.

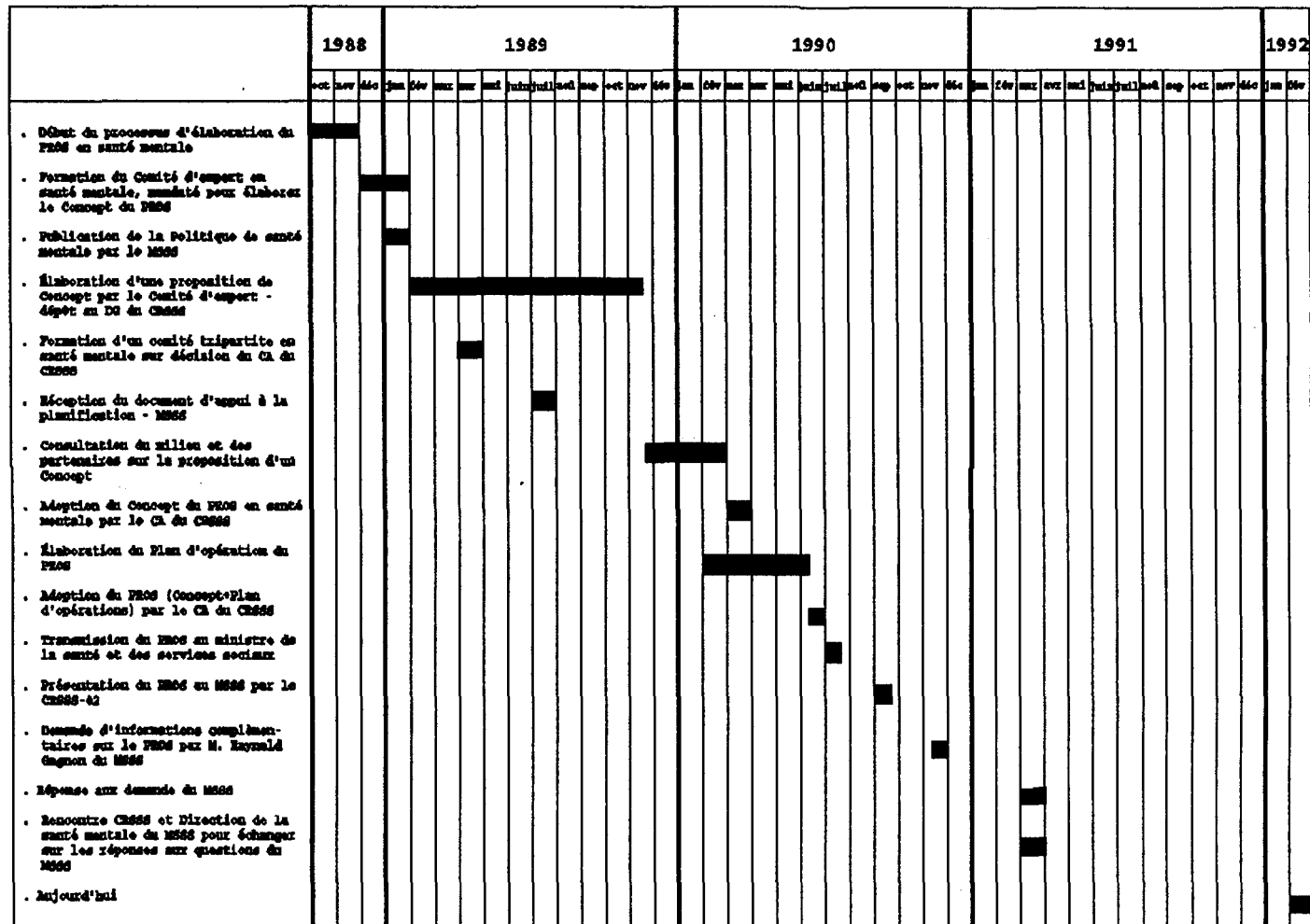
d'une culture commune, n'étaient pas les seules priorités du CRSSS. Il fallait influencer la définition des PROS dans la future loi 120 et cela ne pouvait se faire qu'en déposant le PROS de la région 02 en premier (Figure 4, page 75)

C'est parce qu'il était important que nous soyons les premiers pour influencer le processus et on a effectivement influencé le processus. Les PROS sont ce qu'ils sont au Québec dans la loi 120 car on est arrivé les premiers et on a imposé une certaine façon de voir les choses (répondante 13).

Il fallait aussi démontrer que cela pouvait se faire sans conflit apparent, nous affirme une interviewée, «dans le sens que nous serions les premiers à s'entendre au Québec sur le PROS en santé mentale. Pour une région qui a la réputation de jamais s'entendre et de faire respecter ses clochers, c'est une réussite qu'on a fait et c'est important» (répondante 13). Il était donc important pour les intervenants régionaux que la région projette auprès du ministère une image de bonne entente.

Cependant, les désirs de bien paraître et d'influencer la facture des futurs PROS ne sont pas les seules explications possibles à une telle hâte. Pour notre part, nous ne pouvons nier que le rythme de travail a privilégié le CRSSS au dépend des établissements et des groupes qui questionnaient le pouvoir du CRSSS. Le CRSSS est perçu, par certaines répondantes comme une organisation qui désire tout contrôler (répondante 5).

#### Figure 4 Chronologie du PROS en santé mentale au Saguenay-Lac-Saint-Jean





Ce désir d'être la première région à déposer le PROS au ministère a fait en sorte que le processus de planification se soit déroulé à une vitesse effarante: «Je sais que moi je les ai poussé à mort... la machine pettait au frein!» disait une interviewée. Ce rythme n'est pas étranger au climat qui a régné au cours du processus de planification, nous le verrons plus loin.

Bien que tous les acteurs aient été mobilisés par la définition de la future organisation régionale des services en santé mentale, il n'en demeure pas moins que, jusqu'à l'avènement des PROS, les groupes et les établissements collaboraient déjà à l'offre des services. Lors de la période de planification, les groupes entraient donc en lien avec le réseau institutionnel par ce biais mais aussi par celui de l'intervention.

## **CHAPITRE 4**

### **LES RAPPORTS ENTRE LES GROUPES ET LES ÉTABLISSEMENTS DANS L'OFFRE DE SERVICES À LA POPULATION**

Dans ce chapitre nous décrivons les liens que tissent les groupes et les établissements lors de l'offre de services à la population à l'aube de la réforme de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Au moment de la cueillette d'informations le PROS n'ayant pas encore été accepté par le MSSS, ni mis en application, il n'avait donc pas encore d'effet direct sur les modalités de collaboration entre les acteurs au niveau de l'intervention. La description que nous entreprenons ici reflète donc la réalité telle qu'elle était perçue par les répondantes avant l'avènement des PROS. À travers cette description des liens entre les groupes et les établissements, nous analysons les situations de coopération et de conflit afin d'en faire ressortir les tensions vécues dans les rapports entre les institutions publiques et les groupes communautaires.

#### 4.1 Les liens avec les CLSC

Il est intéressant de constater que trois des cinq groupes étudiés ont des liens presque réguliers avec le CLSC de leur territoire. Dans le cas des deux autres groupes, les rapports avec les CLSC sont pratiquement inexistants (Tableau 10, page 80).

Lors de l'analyse des liens qui se tissent entre les groupes et les CLSC nous avons pu constater qu'aucune direction<sup>27</sup> de CLSC n'entre en contact avec les

---

<sup>27</sup> Nous considérons comme direction les fonctions de coordination de programmes ou d'équipes ainsi que la direction générale.

groupes communautaires. De plus, il n'y a aucun lien formel, d'entente, entre un CLSC et un groupe. Les collaborations se construisent donc entre des personnes, et concernent principalement les références de bénéficiaires de services d'un établissement vers un groupe, ou vice versa. C'est donc dans le domaine de l'intervention que se tissent les collaborations.

**Tableau 10** Liens des groupes étudiés avec les CLSC: Niveaux, fréquence et direction.

C L S C		GROUPE 1		GROUPE 2		GROUPE 3		GROUPE 4		GROUPE 5	
		G	I	G	I	G	I	G	I	G	I
	G										
	I	→ X	→ XX	* X	→ XX	→ X	→ XX		* X		→ X
	A.C	* XXX		* XXX	* XXX						

SOURCE: entrevues

**LÉGENDE:**

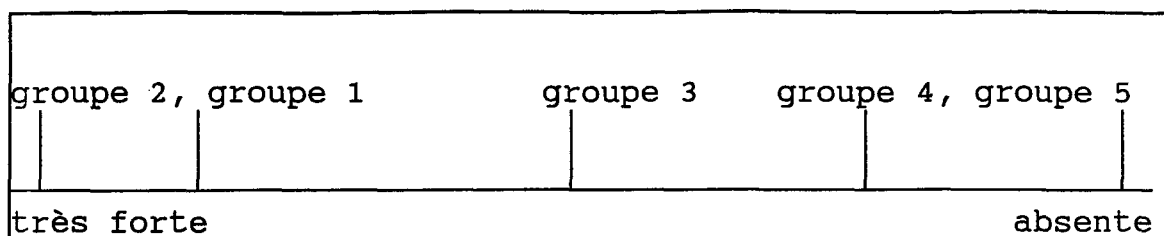
→ = Liens du clsc vers le groupe  
 ← = Liens du groupe vers le clsc  
 \* = Liens réciproques  
 X = Liens irréguliers  
 XX = Liens réguliers  
 XXX = Liens fréquents

G = Gestionnaire  
 I = Intervenantes  
 A.C. = Action Communautaire

De plus, bien que les directions des groupes s'occupent très peu d'intervention, elles ont quand même des liens avec les intervenantes des CLSC, principalement avec celles des programmes d'action communautaire. Les liens entre

les groupes 1 et 2 avec ce programme de leur CLSC respectif, sont fréquents et intenses. Il est important de constater ici que les groupes 3, 4 et 5 n'ont pratiquement pas de rapports avec les programmes d'action communautaire de leur CLSC, peut-être, entre autres, à cause de la programmation des modules d'action communautaire qui n'incluent pas la santé mentale dans leurs priorités. Par ailleurs, les groupes 4 et 5 ont bénéficié du support d'une association nationale très forte lors de leur implantation, ils n'ont donc pas eu besoin de l'appui du module d'action communautaire. Enfin, le groupe 3 fait affaire avec un CLSC qui a engagé une organisatrice communautaire avec un mandat précis qui excluait la santé mentale.

L'intensité des rapports entre les groupes et les CLSC varie donc de «très forte» à «absente», aucun des groupes se situant à la même place sur ce continuum (Figure 5, page 82). Les rapports entre les CLSC et les groupes sont donc inégaux et se construisent à partir de l'action d'individus. Le personnel des groupes a des attentes très grandes envers les CLSC et, quelques fois, ces attentes sont exprimées avec amertume: «il faudra que les relations avec le CLSC s'améliorent beaucoup» (répondante 1), «le CLSC? il ne veut rien savoir!» (répondante 7), «je ne peux pas dire que mon CLSC est près de sa communauté» (répondante 1), «les CLSC sont absents de tous les modes de concertation» (répondante 6), nous disaient les interviewées, les attentes concernent principalement la formalisation de procédures de concertation, notamment dans les cas de référence du CLSC vers le groupe communautaire, ainsi qu'un dialogue accru entre les deux types d'organisations.



**Figure 5** Intensité des liens entre les groupes et leur CLSC respectif

L'un des groupes, de concert avec un CLSC, a tenté de formaliser une entente concernant les procédures de référence et les responsabilités des différents acteurs dans l'intervention. Il a dû abandonner suite aux difficultés rencontrées concernant la définition des responsabilités respectives. Sans formalisation des procédures, la qualité de la relation entre le groupe et l'établissement dépend donc des individus.

Une représentante d'un CLSC confirme en entrevue que des personnes travaillant dans des établissements peuvent utiliser une certaine marge de liberté afin de créer des liens privilégiés avec les groupes communautaires. La qualité de ces liens est fonction du respect de l'intervenante envers l'autonomie des groupes. La répondante du CLSC nous dit aussi que les groupes communautaires sont très méfiants envers les personnes travaillant au CLSC. Les liens se tissent donc sur des longues périodes et sont conditionnels à la démonstration de l'absence de risque d'ingérence par le CLSC dans les affaires du groupe. Bien que seulement deux groupes aient établi des liens avec les modules d'action communautaire des CLSC, la qualité et l'intensité de leur relation justifient l'étude approfondie de ces

collaborations. Quel est le facteur qui a favorisé un tel rapprochement?

#### 4.1.1 Les rapports avec les équipes d'action communautaire des CLSC

Les groupes 1 et 2 vivent une relation d'intensité similaire avec leur CLSC respectif et plus précisément avec les équipes d'action communautaires, mais l'origine de ces liens est différente. L'existence du groupe 1 est antérieure à la venue de l'action communautaire au CLSC et les relations entre le CLSC et le groupe ont dû se construire en fonction d'actions concertées et convergentes. Quant au groupe 2, il est issu d'une étude des besoins effectuée par le module d'action communautaire du CLSC; il est donc difficile de distinguer l'histoire du groupe de celle des relations qu'il a établit avec le CLSC.

Comme nous l'avons montré précédemment, les liens entre les groupes et les CLSC se tissent principalement à travers les relations entretenues avec l'action communautaire:

*Les liens que nous avons avec le CLSC se tissent par le biais des intervenantes et presque exclusivement avec les organisatrices communautaires. Le CLSC est chanceux, il a de bonnes organisatrices communautaires. On vit pas grand chose avec le CLSC sauf pour les rapports qu'on a avec la travailleuse communautaire. Si je ne rencontrais pas ces personnes là, j'aurais je n'irais au CLSC... si on évalue les liens que j'ai avec le CLSC à partir de ça, c'est parfait (répondante 1).*

La relation est donc très bonne et même meilleure qu'avec les cliniciennes<sup>28</sup>: «les

---

<sup>28</sup> Une clinicienne est une personne qui pratique l'intervention psycho-sociale individuelle.

liens que j'ai avec les cliniciennnes sont plus froids que ceux que j'ai avec les organisatrices communautaires», nous dit une intervenante (répondante 2). Cette différence va même jusqu'à créer l'impression que les organisatrices communautaires ne travaillent pas pour le CLSC:

Quand je travaille avec les organisatrices communautaires, je n'ai pas l'impression d'être avec le CLSC. C'est vrai qu'elles travaillent pour une organisation qui s'appelle le CLSC, mais je dois faire des efforts pour me le rappeler, je vois cela comme deux organisations (répondante 1).

La même répondante continue en disant:

Quand je travaille avec l'organisatrice communautaire, c'est une chose. Elle a sa philosophie, elle est près de la communauté, elle connaît les problèmes qu'on vit. Mais de là à dire que le CLSC connaît le communautaire, qu'il connaît les problèmes qu'on vit et qu'il partage avec nous, là non! C'est pourquoi je dis que le CLSC est bien chanceux d'avoir ces travailleuses communautaires car, sans cela, je ne sais pas s'il y aurait beaucoup d'organismes qui auraient des liens avec les CLSC.

Le fait qu'on puisse partager des valeurs communes aux groupes tout en travaillant dans un CLSC démontre, encore une fois, que les établissements laissent une marge de manoeuvre aux travailleuses. Il est possible, dans ce contexte, de créer des liens significatifs avec les groupes. Ce dernier exemple n'est cependant pas la norme, comme nous le montre la section qui suit.

#### 4.2 Les liens avec le Centre des services sociaux (CSS)

Les rapports des groupes avec le CSS sont rares (Tableau 11, page 85). Les groupes et le CSS n'ont des liens que lorsqu'une personne est à la fois cliente au



CSS et membre d'un groupe communautaire. En fait, les liens qu'établit le CSS avec les groupes communautaires passent le plus souvent par le biais des intervenantes.

La philosophie du CSS c'est que toutes les intervenantes dans l'établissement doivent travailler avec des individus, des groupes ou des sociétés et à travers cela on touche le communautaire, autant le directeur général que l'intervenante qui a besoin de s'associer à des groupes communautaires à travers une problématique spécifique à une clientèle donnée (répondante 11).

Les liens entre les groupes et le CSS se construisent donc principalement autour de l'intervention et en fonction de problématiques précises soit, les adultes ou la jeunesse. D'une manière exceptionnelle, les gestionnaires du CSS ont des liens avec certains groupes lors de leur présence à des tables de concertation (Tableau 11, page 85).

**Tableau 11 Liens des groupes avec le CSS: Niveaux, fréquence et direction**

C S S		GROUPE 1		GROUPE 2		GROUPE 3		GROUPE 4		GROUPE 5	
		G	I	G	I	G	I	G	I	G	I
	G	→ X		→ X		→ X		→ X		→ X	
	I	→ X	→ X	→ X	→ X		→ X		→ x		

SOURCE: entrevues

**LÉGENDE:**

→ = Liens du CSS vers le groupe  
 ← = Liens du groupe vers le CSS  
 ↔ = Liens réciproques  
 X = Liens irréguliers  
 XX = Liens réguliers  
 XXX = Liens fréquents

G = Gestionnaire  
 I = Intervenantes

Deux des cinq groupes ont expérimenté des conflits avec le CSS. Dans les deux cas, il était question des familles d'accueil gérées par le CSS. Les répondantes des groupes remettent en question l'attitude du CSS qui agirait, selon elles, pour maintenir un certain nombre de familles d'accueil et non en fonction des besoins des personnes. Dans le langage du milieu, on dirait que les groupes dénoncent le fait que le CSS agit en fonction d'une logique d'établissement alors qu'il devrait intervenir en fonction d'une logique de clientèle. Ici encore, le conflit se centre autour de la question des «philosophies d'intervention». Ici encore, la question des différences de cultures organisationnelles est au coeur du débat.

#### 4.3 Les liens avec l'Institut Roland Saucier (IRS)

Il est difficile de faire ressortir des constantes des rapports liant les groupes et l'Institut Roland Saucier; la fréquence, la qualité et les niveaux de coopérations sont inégaux (Tableau 12, page 87). La seule constante que l'on peut observer est celle du sens des liens. En effet, il ne s'agit pas ici de simples références de l'établissement vers le groupe mais bien d'un travail de collaboration, d'un dialogue entre les intervenantes des deux organisations.

Même si la fréquence des liens entre les groupes et l'IRS est assez élevée, les groupes réclament plus de contacts; une personne disait en entrevue que les liens étaient «dramatiquement pauvres» (répondante 6).

Les liens se tissent principalement au niveau de l'intervention entre les

Tableau 12 Liens des groupes avec l'IRS: Niveaux, fréquence et direction

I R S		GROUPE 1		GROUPE 2		GROUPE 3		GROUPE 4		GROUPE 5	
		G	I	G	I	G	I	G	I	G	I
	G					*					
	I	*	*	*			*		*		*
		X	XXX	X			XX		XXX		XX

SOURCE: entrevues

## LÉGENDE:

- = Lien de l'IRS vers le groupe
- = Lien du groupe vers l'IRS
- \* = Lien réciproque
- X = Liens irréguliers
- XX = Liens réguliers
- XXX = Liens fréquents

G = Gestionnaire

I = Intervenantes

éducatrices spécialisées, à l'emploi de l'IRS, et les intervenantes des groupes. Dans un cas, on a même tenté de formaliser les règles régissant la collaboration entre les intervenantes afin d'établir une meilleure collaboration. Mais, cela s'est avéré difficile compte tenu du fort taux de roulement de personnel dans le groupe.

De temps en temps on a des rencontres pour se connaître mais là, elles [les éducatrices] sont découragées parce qu'il faudrait qu'elles viennent à tout les 3 ou 4 mois pour connaître le personnel...ça roule trop. Elles sont venues il n'y a pas longtemps mais là, elles ne connaissent plus personne sauf les trois permanentes (répondante 1).

Bien que le lien principal passe par l'intervention dans les deux types d'organisations, il demeure qu'il y a d'autres façons d'exprimer la collaboration entre l'établissement et les groupes. Pour un groupe, la collaboration se réduit à la présence d'une travailleuse de l'établissement à leur conseil d'administration. Pour un autre, cela se traduit dans la supervision professionnelle gratuite donnée par une

intervenante de l'établissement. Dans ce dernier cas, la composante culturelle semble très importante dans la qualité de la relation entre l'établissement et l'organisme; il ne faut pas tenter d'imposer sa culture d'établissement.

On a un lien formel avec l'IRS qui nous prête une personne qui assume la supervision professionnelle du personnel de l'organisme. C'est le regard extérieur dont nous avons besoin quelques fois. La personne nous aide à prendre du recul face à notre intervention. Normalement ça va bien, la personne se modèle. Elle dit ce qu'elle a à dire ... avec sa philosophie, c'est bien sûr! Il y a des moments où on dit notre philosophie et elle, la sienne. Cela ne nous empêche pas d'en refuser une certaine partie. On ne lui dit pas toujours que cette philosophie là, nous, ce n'est pas ça. Mais, lorsqu'elle nous offre des choses plus cadrantes, de laisser moins de liberté à une personne par exemple, on embarque pas dans des choses comme cela. Il reste que c'est à moi de faire le travail avec les intervenantes afin de les imprégner de la philosophie de l'organisme. La plupart du temps, elles savent reconnaître qu'une chose se fait au niveau d'une institution mais que, dans le communautaire, on ne peut pas faire ça, ça ne se prête pas. Nous nous familiarisons présentement à une nouvelle personne, il y a eu une grosse adaptation à faire; il y a eu un conflit... Mais que ça aille bien ou pas cela dépend de la personne (répondante 1).

En plus de montrer une certaine différence dans les modalités d'intervention, on voit que la directrice générale du groupe doit travailler à maintenir des normes, des valeurs propres au milieu communautaire. Enfin, la dernière phrase de la citation nous indique que les ponts jetés entre un établissement et un groupe sont construits à l'image des personnes intéressées.

Les relations avec l'IRS ne sont pas toutes consensuelles et, dans un cas, elles sont même conflictuelles. Examinons l'exemple suivant. Une intervenante de l'établissement fait une demande spécifique au groupe pour une clientèle

particulière. Le groupe comprend qu'il doit élaborer un projet complet pour cette clientèle, et il sait qu'il n'a pas les moyens financiers de l'assumer. Il annexe donc une demande de subvention auprès de l'établissement afin que le projet puisse se réaliser et l'envoie à la direction de l'établissement sans en aviser l'intervenante qui avait fait la demande de services spécialisés. La direction n'avait aucunement l'intention de subventionner un groupe pour ce type de projet, réprimande l'intervenante qui se retourne contre l'organisme et lui reproche d'avoir de idées mercantiles. Cet exemple montre encore une fois qu'une incompréhension des réalités, des mandats, des procédures acceptables à chacune des organisations est au coeur des relations conflictuelles entre les groupes et les établissements. Ici encore, le non respect de l'identité de l'acteur est au coeur du conflit.

#### 4.4 Les liens avec les Départements de santé communautaire (DSC)

Bien que les Départements de santé communautaire (DSC) soient des services des hôpitaux généraux, nous avons choisi de les traiter d'une manière indépendante puisque les groupes leur accordent une certaine spécificité. Les groupes perçoivent un clivage organisationnel entre les hôpitaux et les DSC.

Les groupes étudiés se répartissant dans les deux sous-régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean, ils ont donc des relations avec les deux DSC de la région, soit celui de Roberval et celui de Chicoutimi. À l'image de la répartition de nos groupes, un seul est en lien avec le DSC de Roberval, 4 avec le DSC de Chicoutimi. À lui seul, le groupe du Lac Saint-Jean a tissé une relation avec son

DSC d'une intensité et d'une qualité supérieure à celles tissées par l'ensemble des groupes du Saguenay. Alors que ces derniers entrent en relation principalement par le biais d'un comité de travail en santé mentale et ont, à cet égard, des rapports épisodiques, le groupe du Lac Saint-Jean a reçu support, formation et suivi de la part du DSC de Roberval.

En effet, une intervenante du DSC a formé et supervisé les intervenantes du groupe communautaire et ici encore la question des valeurs, et donc de la culture, a toute son importance:

On a demandé une intervenante pour de la formation et de la supervision. Puisque notre spécificité est de travailler avec l'aide naturelle, il fallait donc que la personne qui nous supervise croit à tout ce qu'on croyait (répondante 3).

Et, pour un autre projet élaboré par le groupe, une autre personne du DSC a été mise à contribution. «On a appelé au DSC et on a eu X, tu connais X ? Elle est tellement communautaire!»(répondante 3). Cette dernière affirmation d'une interviewée confirme que le groupe percevait que cette personne partageait et respectait leurs valeurs et de ce fait, utilisait la marge de manoeuvre dont elle disposait. La citation suivante le réaffirme. «C'est pour ça que je te dis que ça dépend beaucoup des individus, plus que de l'établissement. En tout cas, moi, c'est ce que je remarque. On travaille plus avec l'individu qu'avec l'établissement lui-même» (répondante 3).

Enfin, terminons cette sous-section en suggérant que la réceptivité à la

culture de l'autre est un facteur de première importance dans la réussite de la relation partenariale tel que le croit cette répondante:

On ne s'est jamais gêné pour aller demander. Peut-être est-ce parce qu'on ne s'est jamais senti menacé? Je pense que ça, c'est important. Les organismes qui partent et qui, tout de suite, se sentent menacés et mettent le réseau de côté par peur de récupération, par peur d'ingérence, c'est-à-dire sur la défensive... nous on connaissait pas ça. On n'a pas de mérite, on ne connaissait pas le danger. C'est venu avec le temps suite à ce qu'on entendait dire par les autres concernant le fait qu'on ait été frappé à la porte du DSC et qu'on soit tombé sur de bonnes personnes qui respectaient le communautaire. C'est pour ça que je dis que les personnes sont importantes. Peut-être que si on était tombé sur une personne directive, qui avait fait de nous ce qu'elle avait voulu, on ne s'en serait même pas rendu compte. On s'est vite ouvert l'esprit à ces choses là et à faire attention (répondante 3).

La dernière partie du discours de cette répondante indique qu'elle a appris à se méfier au contact d'autres groupes qui n'auraient pas eu la même chance qu'elle. Nous pensons que l'Association régionale des ressources alternatives et communautaires en santé mentale (ARRACSM) et le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) ne sont pas étrangers à cette situation:

Au début, je n'étais pas consciente de l'ingérence qui pouvait se faire. Pour moi ce n'était pas une menace et je suis allé à quelques reprises au provincial [RRASMQ] comme représentante des ressources alternatives de la région et j'ai constaté la peur des gens de se faire récupérer par le réseau (répondante 3).

Et, concernant le regroupement régional, une autre répondante affirme qu'il a été mis sur pied en partie à cause des différences entre les groupes et les

établissements, afin de former les membres et de les supporter et qu'ils ne se conforment pas trop aux seules volontés du Conseil Régional. Ceci est particulièrement pertinent dans le cas des nouveaux groupes qui ne sont pas, rappelons-le, rattachés au courant critique anti-psychiatrique. En fait, les anciens groupes, qui sont liés au courant anti-psychiatrique par leur adhésion au regroupement provincial, tentent, par le biais du regroupement régional, de préserver les acquis de ce courant. Le regroupement régional est donc la courroie de transmission entre le courant anti-psychiatrique et les nouveaux groupes issus de la nouvelle politique en santé mentale: on tente ainsi d'uniformiser la culture des groupes communautaires.

#### 4.5 Liens avec les centres hospitaliers généraux (C.H.)

Les groupes étudiés et les hopitaux généraux tissent leurs liens principalement à travers l'intervention et ils ne sont ni fréquents ni intenses. Les groupes font affaire avec 4 centres hospitaliers généraux différents, seuls les groupes 4 et 5 partagent le même centre. Pour ces derniers, c'est l'absence de liens qui est remarquable. Peut-être est-ce dû au fait qu'ils ont aussi sur leur territoire, le centre hospitalier psychiatrique qui draine presque la totalité de la clientèle?

Les intervenantes nous disent qu'elles visitent des membres de leur groupe s'ils sont hospitalisés et que, de ce fait, elles entrent en contact avec des infirmières et parfois des médecins. Les rapports cordiaux font l'objet d'une seule critique de



la part des groupes: le manque de renseignements fournis par les médecins.

Bref, souvenons-nous que les liens entre les groupes et les établissements sont inégaux en fréquence et en qualité. En dehors de relations formelles, les liens se tissent en fonction des individus et la qualité des rapports dépend du respect de l'identité des groupes communautaires; les rapports sont plus fréquents et plus intenses lorsque les personnes en lien avec les groupes ne tentent pas d'imposer leur culture organisationnelle. Ce constat est d'autant plus important que les forces respectives des groupes et des établissements sont très inégales.

## **CHAPITRE 5**

**LES RAPPORTS ENTRE LES GROUPES COMMUNAUTAIRES ET LE RÉSEAU  
INSTITUTIONNEL LORS DU PROCESSUS DE PLANIFICATION DES SERVICES**

Dans le chapitre précédent, nous avons constaté que les liens qui unissaient les établissements et les groupes, avant la réforme des services sociaux et de santé, étaient fréquents, mais reliés à l'intervention. De plus, nous avons constaté qu'il se construisaient en fonction des individus. La *Politique en santé mentale* et la nouvelle Loi 120 ont tenté de modifier cette situation en faisant des groupes communautaires des partenaires du réseau institutionnel dans la planification et dans l'offre des services.

Dans le présent chapitre, nous décrivons les rapports qu'ont entretenus les groupes avec les établissements et le Conseil régional, lors du processus de planification, à travers les diverses étapes de la production du plan d'organisation des services en santé mentale (PROS), soit celles du comité d'experts, du comité tripartite, des consultations et enfin à travers l'opérationnalisation de certains aspects. Rappelons qu'un PROS vise à restructurer l'organisation des services en fonction d'un nouveau diagnostic tant des besoins de la clientèle que du réseau d'organismes qui offrent ces services. Les PROS devraient marquer un tournant important dans la mesure où ils recentrent les services autour des besoins du client et non, comme c'était le cas par le passé, autour du réseau d'établissements.

Rappelons aussi que la réalisation du PROS que nous étudions doit se faire en partenariat et l'on peut considérer cette démarche partenariale comme un processus de négociation d'ententes formelles entre les établissements, les groupes

communautaires et le Conseil régional.

Le présent chapitre décrit donc les relations qui se tissent entre les groupes, les établissements et le Conseil Régional dans cette dynamique partenariale. L'analyse de ces constats servira à faire ressortir, encore une fois, les composantes du partenariat. Pour bien comprendre les nouveaux liens entre les groupes et le réseau institutionnel, nous décrirons d'abord les relations que les groupes ont eu avec les établissements lors du processus de planification. Ensuite, nous passerons aux relations spécifiques entre les groupes et le Conseil régional.

## 5.1 Les liens entre les groupes et les établissements lors du processus de planification

Les établissements et les groupes ont travaillé ensemble au comité d'expert ainsi qu'au comité tripartite. C'est dans le cadre de ces deux étapes de la production du PROS que nous analysons ici les liens qui ont uni les groupes et les établissements.

### 5.1.1 Les liens établissements-groupes au comité d'experts

Souvenons-nous que le comité d'experts est un comité de 7 personnes recrutées en fonction d'une expertise qu'elles ont développée en santé mentale. Le mandat de ce comité était de produire un concept d'organisation des services après avoir fait les diagnostics concernant, d'une part, les besoins de la population

et, d'autre part, l'état du réseau d'établissements<sup>29</sup>.

Lors du processus de planification, c'est au comité d'experts que l'on a constaté, pour la première fois, les différences associées aux cultures organisationnelles des acteurs:

Au niveau du comité d'experts on a appris qu'on avait pas les mêmes termes pour désigner les mêmes choses, on avait pas le même vocabulaire en plus de ne pas avoir la même philosophie... Ce sont deux mondes. Quand je les écoutais au début, je ne l'avais pas remarqué mais, à un moment donné, je me suis rendu compte que ce qu'ils disaient, ne voulait pas dire la même chose pour moi. Alors, à partir de ce moment, je devais demander ce qu'ils voulaient dire par intervention communautaire, ou autre chose. Quand c'était à mon tour de parler, je leur disais aussi ce que je voulais dire; parce qu'eux non plus ne me comprenaient pas. Ils étaient convaincus que ce que je disais, cela voulait dire la même chose qu'eux. Après, cela s'est arrangé car nous avons tellement travaillé ensemble...sans changer nos termes on savait ce que l'on voulait dire (répondante 1).

Ce dernier passage montre qu'en plus des différences culturelles du départ, le travail en comité d'experts a permis aux acteurs de trouver un code commun et donc de cheminer vers une convergence culturelle.

Au-delà des difficultés de langage, le travail du comité d'experts a été difficile voire même conflictuel car des intérêts opposés s'y exprimaient:

Au comité d'experts, les relations que j'ai eues avec les personnes ont été fort intéressantes, fort enrichissantes, mais le travail était fort difficile, exigeant, parce que c'est toujours au niveau de la philosophie de la pensée (répondante 1).

---

<sup>29</sup> Ces renseignements sont détaillés au chapitre 3 intitulé: Le cadre régional de planification.

La dernière citation laisse supposer que le comité d'experts était le premier lieu de la négociation entre les établissements et les groupes communautaires afin que les valeurs de l'un ou de l'autre teintent le concept d'organisation des services.

De plus, le comité d'experts pouvait aussi être l'endroit où l'on pouvait compter sur un certain pouvoir d'influence:

Quand j'ai des contacts avec eux, c'est au niveau individuel, quelques fois le discours de la personne n'est pas le discours de l'organisation. C'est sûr que ça développe des relations en même temps avec les organisations. Ces personnes là, qui sont directrices générales ou adjointes...sont des personnes qui peuvent avoir de l'influence sur la philosophie de leur organisation, alors quand j'ai des contacts avec eux, bien... (répondante 1)

Notre répondante ici, indique qu'elle avait conscience qu'elle pouvait, par le biais des autres experts du comité, avoir de l'influence sur les établissements. Sans doute cette influence pouvait-elle s'exercer dans les deux sens.

#### 5.1.2 Les rapports groupes-établissements au comité tripartite

Rappelons-nous que le comité tripartite est un comité composé de 21 personnes provenant des groupes communautaires pour le premier tiers, des établissements pour le deuxième et enfin, d'autres organismes touchés par la santé mentale, pour le troisième tiers. Le mandat de ce comité était de sanctionner le travail du comité d'experts<sup>30</sup>. Bien que les membres du comité tripartite considèrent que le comité d'experts a effectué un excellent travail, les discussions

---

<sup>30</sup> Pour de plus amples détails concernant la composition et le mandat du comité tripartite, veuillez vous référer au chapitre intitulé: Le cadre régionale de planification

ont été intenses:

Le comité tripartite a requestionné beaucoup de choses mais, malheureusement, il était trop tard pour recommencer les travaux de A à Z... C'était une nouvelle école que d'asseoir à la même table des gens des établissements, des gens du socio-économique et des gens du communautaire. Comment, dans ce contexte, établir un langage intelligent avec tout ce monde là et, comment arriver à des compromis pour donner des voix à ceux qui n'en avaient pas? (répondante 11)

Le comité tripartite était donc le deuxième endroit où l'on constatait et vivait les différences culturelles entre les divers acteurs. Une répondante mentionne qu'elle a eu de la difficulté à comprendre les discussions, les termes utilisés, les concepts. Pour palier à ce manque, elle a lu tout ce qui lui était possible sur la santé mentale et elle dit maintenant que l'ensemble des discussions est d'une simplicité telle qu'elle a de la difficulté à se souvenir qu'au début elle ne comprenait pas; cela n'est-il pas une autre manifestation d'un processus destiné à imposer un code culturel?

De plus, la difficulté des discussions tenait aussi au fait que le comité tripartite était un lieu de négociation pour un nouveau compromis régional c'est-à-dire un lieu où les jeux et les enjeux de pouvoir étaient importants:

Là où c'était difficile, c'était de constater que le réseau communautaire devenait partenaire du réseau d'établissements dans la nouvelle découpe des services. Le réseau communautaire n'avait jamais été présent et il a fallu accepter de leur faire une place. Mais ça, ça n'a pas été facile compte tenu que les groupes communautaires ont essayé et tenté à travers toutes les discussions d'avoir la part qui leur revenait et de se définir des mandats qui étaient intéressants pour eux. Et ça été «action-réaction»; c'est pas d'emblée que tous les établissements acceptaient que les groupes communautaires soient impliqués dans n'importe quel sujet et à n'importe quel niveau. Là

dessus il y a un travail d'amorcé mais qui n'est pas terminé, à savoir quelle est la part qu'on accepte de leur donner? Je crois qu'aujourd'hui on est rendu là (répondante 11).

Il y avait donc d'intenses négociations qui remettaient en question les acquis des établissements, et les intérêts des acteurs étaient conflictuels:

Les couteaux volaient bas pendant de longues périodes de temps, quand on a commencé à travailler sur le PROS. Après ça, on dirait qu'il y a eu comme une relation de confiance et de respect qui s'est établi où ils [les établissements] se sont rendus compte que ce que l'on faisait ce n'était pas si bête. Puis nous, on était peut-être moins sur la défensive (répondante 3).

Cependant, pour beaucoup de répondantes, les conflits ne ressortent pas comme l'élément fondamental de la démarche:

Au début, cela a été difficile, ça été ardu, mais ce qui est surprenant c'est qu'à travers ça on a réussi à garder le contact et à se parler sans qu'il y ait de conflit ouvert qui se développe. Mais à un moment donné il a fallu qu'on accepte comme établissement de «se faire parler dans la face» [de se faire critiquer ouvertement] (répondante 11).

Malgré un tel contexte, la démarche de convergence entre les établissements et les groupes communautaires s'est poursuivie sans rupture, grâce, principalement, à deux facteurs. Le premier facteur concerne l'ouverture démontrée par les parties; on acceptait bien des choses. De plus, les établissements voulaient réellement que la place prise par les groupes communautaires en soit une de partenaire égal et non pas de «parent-pauvre du système qui hérite de nouveaux mandats à cause du désengagement de l'État» (répondante 11): «Je pense que tout le monde s'interrogeait sur le désengagement de l'État et était conscient que les groupes communautaires ne devaient pas être utilisés pour suppléer aux autres mais



vraiment pour être utilisés en complémentarité du réseau [institutionnel]» (répondante 11).

Il n'en demeure pas moins que les établissements sont placés au centre de la structure de distribution des services et que les groupes communautaires ne jouent dans cette structure qu'un rôle complémentaire. Or, les groupes demandent justement à changer ce paradigme.

Nous, comme organismes communautaires, sommes complémentaires à ce que la personne ne peut retrouver dans son milieu naturel. Et plus tu vas aller vers des ressources lourdes plus c'est complémentaire à des ressources encore plus lourdes<sup>31</sup>. Il faut retourner les choses dans l'autre sens, il faut sortir d'une logique d'établissements où eux se voient le centre et où ce qui se fait ailleurs c'est complémentaire à ce qu'ils font (répondante 1).

Alors, bien que les établissements aient le sentiment de s'être ouverts aux groupes communautaires et de leur avoir laissé une place, les groupes, eux, aimeraient encore beaucoup plus de changements et leurs aspirations menacent la position des établissements dans l'organisation du réseau.

Le deuxième élément qui explique l'absence de rupture malgré les conflits opposant les groupes et les établissements concerne, selon quelques répondantes, la nature des discussions. Selon elles, le comité tripartite n'était pas encore arrivé à discuter de choses importantes. Selon les entrevues, il fallait aller vite et ainsi

---

<sup>31</sup> Le concept de «lourdeur» des ressources réfère ici aux établissements et aux institutions dans un ordre croissant. Ainsi, dans ce mode de pensée un centre hospitalier est une ressource plus lourde qu'un CLSC par exemple, qui lui, est une ressource plus lourde qu'un groupe communautaire, lui-même plus lourd qu'un réseau naturel d'entraide.

déposer le PROS à Québec les premiers. C'est pour cette raison que les conflits ne sont pas apparents pour plusieurs. Bien que les PROS sont une obligation posée par le ministère et qu'il en dirige strictement les cadres de production, il reste néanmoins que la négociation se fait régionalement. Ainsi la place gagnée par les groupes dans le réseau régional de distribution des services dépend du compromis qu'ils réussissent à négocier avec les établissements, dans la région. Or, ce compromis n'a pas été possible, les groupes n'ont pu profiter de ce moment privilégié de négocier leur place, de tenter d'imposer leur vision des services, leurs valeurs, c'est-à-dire de faire valoir leur vision de l'alternative; la démarche allait trop vite.

Pour d'autres répondantes, il y a bien sûr l'aspect du rythme des discussions mais, une nuance est apportée: «Je pense que c'est dans l'élaboration des budgets, de la priorisation des services qu'il y avait des longs débats qui nous guettaient et il y avait peut-être risque de conflits rendu là. Mais on est pas rendu à cette étape là» (répondante 11).

Comme nous pouvons le constater, dans le cadre de la planification des services, malgré des intérêts conflictuels, les rapports entre les groupes et les établissements sont plutôt coopératifs. Les groupes et les établissements ont réussi, malgré les obstacles, à s'entendre sur un certain nombre de choses. Nous pensons que l'expression passe-partout «centré sur la personne» y est pour quelque chose car ce recentrage sur l'objet des services offerts par les deux types d'institutions

peut faire oublier les rapports de forces qui existent entre eux. Voyons maintenant ce qu'il en est concernant les relations entre les groupes et le Conseil régional.

## 5.2. Les rapports entre les groupes et le Conseil régional (CRSSS)

Les liens avec le CRSSS concernent en partie le processus de planification des services, dont il est responsable en vertu des nouvelles responsabilités que lui a données la *Politique en santé mentale* et la *Loi 120* et en partie l'opération de la structure d'offre de services. Nous abordons donc les relations avec le CRSSS selon ces deux aspects soit la planification et les opérations.

### 5.2.1 Les liens avec les CRSSS-planificateur

Le Conseil Régional était responsable de la démarche de planification et, en tant que responsable, le centre des critiques et des revendications des groupes concernant le processus de planification. L'étude des liens entre les groupes et le CRSSS lors du processus de planification nous montre que, au départ, il y avait une volonté réelle de collaborer:

Il y a eu un bout de temps où on sentait que les gens avaient le goût de collaborer au PROS en santé mentale. Je n'ai pas senti de dualité profonde. On savait que ça brassait là, car on changeait des cultures<sup>32</sup>. Mais cela a quand même bien été jusqu'au trois quarts du processus de fabrication (répondante 13).

---

<sup>32</sup> La répondante fait référence à un des buts du PROS concernant la création d'une culture commune aux groupes et au réseau institutionnel. Voir à ce sujet le chapitre intitulé: Cadre régional de planification où on a établi qu'un des objectifs du PROS était de «créer un code pour asseoir tout le monde ensemble», soit de créer une nouvelle culture organisationnelle.

Cette opinion concernant la volonté de collaboration des différents acteurs est partagée par les répondantes des groupes communautaires. Elles sentent que le CRSSS veut vraiment collaborer avec le communautaire, qu'il est intéressé par ce que les groupes font et présentent. Malgré cette bonne volonté de la part des différents partenaires, la démarche de planification n'a pas été exempte de conflits et nous analyserons les relations entre les CRSSS et les groupes par le biais de ces conflits, les références à ceux-ci ayant pris une part importante dans le discours de l'ensemble des répondantes.

#### 5.2.1.1 Le conflit entre les groupes et le CRSSS concernant le comité tripartite

Les groupes ont requestionné la composition du comité tripartite car des personnes ayant leur emploi principal dans le réseau institutionnel prenaient des places réservées en principe aux groupes communautaires et aux autres groupes de la communauté.

Les représentants du milieu socio-économique se sont retirés parce que c'était malsain. C'étaient les organismes communautaires qui s'obstinaient un bout de temps avec le réseau, et un autre tantôt c'était les deux qui s'obstinaient contre le CRSSS, puis le CRSSS contre le réseau, ensuite le réseau contre les organismes communautaires. Il y avait des dynamiques là... les gens qui ne comprenaient pas, ils sont partis (répondante 13).

Lorsque le problème de la représentativité au comité tripartite a été porté à l'attention du ministère par le biais d'une lettre envoyée par la représentante d'un groupe communautaire, le ministère a fait parvenir une lettre au CRSSS stipulant

que les deuxième et troisième tiers devaient être composés de personnes issues de la communauté. Le ministère ajoutait que le CRSSS devait se conformer à cette directive.

La remise en question de la composition du comité tripartite questionnait en même temps le travail que celui-ci avait accompli jusqu'alors et c'est ce dernier aspect qui a convaincu les groupes de continuer la démarche entreprise au sein d'un comité tripartite qui ne respectait pas la règle de représentativité. Les membres du comité tripartite ne souhaitaient pas le retard des travaux. On voulait aussi respecter les échéanciers fixés et être la première région à déposer le PROS à Québec.

Les groupes et les établissements ont fait alliance au sujet des critiques qu'ils formulaient à l'endroit du travail du comité tripartite, et la composition du dit comité n'était qu'un des reproches formulés. Les autres concernaient principalement le mandat du comité ainsi que le temps imparti pour faire le travail:

le comité tripartite est un comité ajouté, collé sur un processus déjà planifié, cela influence grandement son travail. Car, alors qu'il devait assumer le leadership de la production du concept d'organisation, il n'a fait que le sanctionner. De plus, le comité d'experts ayant débordé son mandat et, par le fait même dépassé le temps qui lui était alloué, le comité tripartite s'est retrouvé coincé dans le temps pour réaliser son mandat (répondante 6).

Les travaux du comité d'experts ayant été discutés et acceptés en comité tripartite, on était maintenant prêt à soumettre le «concept» du PROS à la critique

d'une population plus large.

#### 5.2.1.2 Les consultations

Les consultations prennent deux formes: la consultation écrite auprès des établissements et des groupes<sup>33</sup> et les audiences publiques. Elles visent à vérifier si le concept d'organisation des services proposé par le comité d'experts et le comité tripartite suscite l'adhésion des divers acteurs du système.

Les critiques formulées par les groupes sur la consultation écrite concernent le temps consacré au processus, l'expertise nécessaire pour répondre au questionnaire et l'accueil réservé aux groupes par certains commissaires. Cette consultation a provoqué la frustration chez les représentants des groupes communautaires.

Ils [les fonctionnaires du CRSSS] ont envoyé les questionnaires le 8 décembre. C'était désagréable de les remplir pendant les fêtes. L'institutionnel a eu le même problème d'une certaine façon, tout le monde part en vacance le 15 décembre! Nous, on a pas de permanent, il fallait analyser le PROS, cette brique là, et rédiger un mémoire pendant les fêtes. Au départ c'est une erreur monumentale, la moitié des gens l'ont fait très rapidement, sans parler de ceux qui ne l'ont pas fait du tout. Le taux de réponse n'est pas significatif du tout (répondante 6).

Ce problème de temps imparti semble provenir encore une fois du débordement du mandat du comité d'experts et remet en question la crédibilité de

---

<sup>33</sup> Rappelons-nous que la consultation écrite s'est concrétisée par l'envoi de 350 questionnaires à des personnes et des organisations.

la consultation écrite: «L'expert est allé plus loin qu'il n'aurait dû aller, les audiences sont devenues des audiences bidon parce qu'elles n'ont pas été utilisées comme il faut» (répondante 6).

De plus, lors des entrevues, certaines personnes déplorent que le PROS en santé mentale ait eu une telle complexité; sa compréhension et son évaluation ont pu être faussées. Ainsi, une organisation pouvait se prononcer facilement sur le ou les volets qui concernaient son action, mais beaucoup plus difficilement sur les autres volets.

Enfin, certains groupes se sont heurtés à un obstacle majeur lors des audiences publiques dans la sous-région du Saguenay. Les commissaires n'avaient pas été formés par le CRSSS. Les groupes se sont sentis jugés par eux. Ils dénoncent le ton utilisé par certains commissaires qui allaient jusqu'à l'impolitesse selon certains, et se plaignent du manque de respect de leur identité spécifique. Les groupes déplorent ainsi que les questions posées aient porté sur des détails au détriment des fondements de leur travail. Les personnes ont senti que les questions de détail servaient plus à coincer l'interlocuteur, nous dit-on, qu'à le comprendre. C'est ainsi qu'ici encore, le respect identitaire est au coeur du conflit.

Les audiences publiques ne constituent en fait que l'épisode précurseur d'un conflit plus profond entre les groupes et le Conseil régional. Ce conflit prit racine autour de la signature des contrats de services. Ces derniers concernent le CRSSS comme gestionnaire. C'est cet événement qui semble être le facteur qui a mené à

la rupture de la relation de coopération: «Ça a bien été jusqu'au trois quarts du processus de fabrication. Mais quand on est arrivé à l'argent, là, les groupes ont complètement dérapé» (répondante 13).

### 5.2.2 Les liens avec le CRSSS-gestionnaire

Dans la foulée de l'opérationnalisation du PROS, le CRSSS doit octroyer les mandats et assurer le financement pour certains groupes. Les anciens groupes de notre échantillon (1984, 1984) étaient financés directement par le ministère en vertu du programme de soutien aux organismes communautaires. En cours de réforme, l'octroi du financement revient au CRSSS et, dans cette perspective, les nouveaux groupes (1988, 1990, 1990) ne doivent maintenant compter que sur le CRSSS pour leur financement. Cependant, le CRSSS n'a pas reçu d'argent pour supporter la naissance de tous les nouveaux groupes engendrés par le PROS. Le nombre de groupes est passé de 13 en 1989 à 22 en 1992. La situation est donc la suivante: les nouveaux groupes n'ont pas de subvention récurrente ni du MSSS ni du CRSSS. Bien que la situation financière des anciens groupes soit meilleure que celle des nouveaux groupes, tous les groupes demeurent solidaires entre eux car les mandats et le financement qui leurs sont rattachés, risquent d'être déterminants pour tous. C'est pourquoi anciens et nouveaux groupes se sont regroupés au sein d'une coalition régionale pour lutter contre les contrats de services.<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> Cette coalition allait être la préceuse d'un regroupement régional plus formel qui allait naître dans la foulée du processus de planification, l'ARRACSM (association régionale des ressources alternatives et communautaires en santé mentale).



### 5.2.2.1 Le conflit concernant les contrats de services

Un contrat de service est une entente formelle intervenant entre deux établissements<sup>35</sup>. Par ces ententes, un établissement peut «prêter» les services d'un corps d'emploi à un autre établissement qui a besoin des services mais qui n'a pas les ressources pour les assurer. Par exemple, la pratique du travail social à l'hôpital psychiatrique régional était assurée, jusqu'à la réforme des services sociaux et de santé, par des intervenantes sociales à l'emploi du CSS. La réforme Côté oblige le transfert effectif de ces ressources. À partir du 1er avril 1993, ces intervenantes deviennent à l'emploi du centre hospitalier qui les hébergeait jusqu'alors. Cette situation touche 38 personnes dans l'ensemble de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

La question des contrats de services illustre très bien l'opposition qui existe entre les groupes et le CRSSS. C'est un problème qui soulève beaucoup d'émotivité, où l'aspect de l'identité est fondamental. Par les contrats de services, les groupes craignent de s'aliéner, de perdre leur identité. Alors que les groupes partagent tous la recherche de l'autonomie, le CRSSS propose de mettre en oeuvre une association en signant des contrats de services perçus comme des contrats de sous-traitance qui les soumettraient aux diktats du Conseil Régional. «On considérait que notre pouvoir d'orientation pouvait être mis en danger par les

---

<sup>35</sup> Au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, un établissement est soit un CLSC, un centre hospitalier, un CSS ou un centre d'accueil. Les établissements offrent donc des services; ce qui n'est pas le cas du CRSSS qui gère l'organisation des services.

contrats de service et on ne voulait pas être gérés par des bureaucrates», assure une répondante (répondante 7).

De plus, les contrats de services imposent aux groupes un financement par programmes et ce financement morcelé pose des problèmes puisque les groupes doivent insérer leurs différentes activités dans l'un ou l'autre des huit volets d'action du PROS. Les groupes y voient un danger de morcellement des opérations des groupes, ainsi qu'un danger de morcellement de leurs pratiques, et ils insistent pour avoir un financement global. Ainsi, un organisme offrant un service supplémentaire ne verrait pas nécessairement son financement augmenter si ce service ne fait par partie d'une responsabilité reconnue à l'intérieur du PROS.

Les contrats de services sont donc perçus comme un frein au développement des groupes, un frein à leur créativité et à leur avant-gardisme. De plus, ces ententes sont propices à l'institutionnalisation et menacent la possibilité d'avoir une approche thérapeutique novatrice. Elles sont perçues comme une tentative d'aliénation des groupes par le CRSSS comme l'affirme une interviewée.

On ne tient pas à ce genre de protocole d'entente là. On ne tient pas à devenir une ressource intermédiaire. À ce moment-là, on aurait peut-être pas le choix de mettre notre philosophie de côté (répondante 7).

En fait, les groupes et le CRSSS s'étaient entendus lors du processus de planification sur la nécessité de rendre des comptes: «si vous dépensez \$150 000.00 qui appartiennent au Québécois, le Québec a le droit de vous poser des

questions. C'est un principe sur lequel on s'est entendu. Tout le monde était d'accord avec ça» (répondante 13). Cependant, on n'avait jamais défini comment on traduirait ce principe d'imputabilité, les termes des contrats n'ont jamais été définis comme le confirment à la fois une répondante des groupes et une du CRSSS:

Le contrat de service n'était pas écrit, le protocole n'est pas plus écrit. Le contrat nous référait à l'annexe et à l'annexe il n'y avait rien d'écrit [...] On est toujours prêts à justifier l'emploi des argents mais juste l'emploi des argents qu'ils nous font parvenir et cela, on a jamais manqué à cela (répondante 7).

Sais-tu qu'on a jamais défini les contrats de services? sur quelle définition... à quoi se réfère-t-on lorsqu'on parle des contrats de service? Je me suis toujours dit que vous [les groupes] êtes en maudit avec quelque chose que que vous avez défini pour vous autre, mais j'aimerais ça partager votre définition (répondante 13).

Le conflit s'est cristallisé lorsque la menace potentielle s'est transformée en menace concrète, alors que, selon les répondantes, parallèlement aux discussions entre le CRSSS et l'association régionale des ressources alternatives et communautaires en santé mentale (ARRACSM) concernant la définition des contrats de service, le CRSSS envoyait à certains groupes une lettre qui stipulait qu'ils ne pourraient pas avoir de subvention sans la signature de tels contrats. Une répondante nous disait «Le CRSSS a fait un chantage aux groupes communautaires en leur disant là, ou tu signes ou tu signes pas. Si tu signes pas, t'as pas de financement et les dollars peuvent aller à d'autres qui n'attendent seulement que je leur en donne pour donner les services» (répondante 7).

Pour d'autres groupes, la question des contrats de service était bien réelle puisqu'un groupe a reçu un contrat à signer en vertu duquel «le contractuel» s'engage à réaliser un certain mandat de «façon concertée», conformément au PROS, à «collaborer à l'actualisation du PROS en tant que responsable ou partenaire» et enfin à faire rapport au CRSSS du travail réalisé et de l'utilisation des fonds. Il semble que l'entente intervenue entre la direction de la planification<sup>36</sup> du Conseil Régional concernant le principe d'imputabilité ait été comprise différemment lors de l'actualisation du dit principe par la direction des opérations<sup>37</sup>.

La coalition régionale contre les contrats de services se tourne vers le ministère par l'action du Regroupement provincial des ressources alternatives et communautaires en santé mentale (RRASMQ). Le but de cette démarche était de faire respecter la spécificité et l'autonomie des membres du regroupement puisque les groupes ont perçu les actions du CRSSS comme une menace à leur identité. Les arguments des groupes concernaient principalement les difficultés qu'aurait le CRSSS pour signer des contrats de service puisqu'au sens de la Loi, ils ne peuvent être considérés comme des établissements car ils n'offrent pas de services.

Après cette démarche, le ministère a fait parvenir au président du RRASMQ,

---

<sup>36</sup> Le Conseil régional est divisé en plusieurs équipes de travail appelées direction. La direction de la planification et la direction des opérations sont les deux équipes avec lesquelles font affaire les groupes communautaires.

<sup>37</sup> La perception par les groupes de ce problème de communication et de concertation entre les deux directions du CRSSS allait devenir assez important pour que les groupes viennent à douter de la sincérité du Conseil régional; les groupes croyaient que les discours et les actions différentes d'une direction à une autre était, en fait, une manœuvre du CRSSS pour les égarer et les diviser.

une lettre stipulant que les CRSSS ne peuvent signer des contrats de services avec les établissements ou les groupes communautaires; les contrats de service ne peuvent intervenir qu'entre des organisations qui offrent des services.

Il va sans dire que la démarche des groupes communautaires vers le ministère n'a pas été bien perçue par le CRSSS qui questionne la notion de partenariat CRSSS-groupes communautaires dans un tel contexte.

Une fois que le PROS est fait, qu'on a travaillé ensemble pour le faire, qu'on a notre philosophie, qu'il est accepté par le conseil d'administration, là, ils [les groupes communautaires] se sont mis à se promener entre Québec et Chicoutimi pour dire «Le CRSSS fait ci, le CRSSS fait ça». Ils nous agressent... et on était pas en contexte d'agression au début, on était dans un contexte de partenariat, dans un contexte où on se parlait, où on faisait des choses ensemble et ils sont tombés dans l'agression. Qu'est ce qui fait qu'un organisme communautaire est important dans son milieu? C'est le fait qu'il soit là et qu'il fasse quelque chose que le réseau ne peut pas faire et cela à moindre coût. Tant qu'ils ont joué cette carte, il n'y avait aucun problème. Autant on leur donnait la chance, l'opportunité, ce n'est pas une chance, l'opportunité d'entrer dans un processus comme partenaire, c'est-à-dire de pouvoir influencer le processus, d'agir dessus, autant cela a retourné de bord à la fin. Ils sont entrés dans un contexte d'agression face à un CRSSS qui est construit pour faire face à toutes les crises. Les contrats de services en sont un excellent exemple. Moi je suis persuadé là que c'est une réaction du CRSSS en défense à une agression. Tu m'agresses? Tu vas avoir un contrat. Chaque année on va t'envoyer un papier, puis là tu vas nous dire ce que tu as fait de cet objectif là et si tu l'as pas fait on va t'enlever de l'argent. C'est un pouvoir ça et on l'a. Demain matin on peut le faire, les groupes communautaires n'ont pas compris cela... leur force était de continuer à provoquer le changement à l'intérieur des structures du conseil régional, par en dedans (répondante 13).

La dernière citation foisonne en renseignements, premièrement, le CRSSS a été étonné de l'attitude des groupes communautaires, étonnement d'autant plus

important que, selon certains, les contrats de services n'ont jamais été définis.

De plus, la citation nous renseigne sur le fait que les groupes ne peuvent adopter les comportements qu'ils jugent opportuns selon les différentes situations mais qu'ils doivent se soumettre à des orientations implicites sous peine de représailles. Enfin, elle nous montre aussi que les fonctionnaires du CRSSS sont conscients du pouvoir qu'ils peuvent avoir sur les groupes à cause de la situation du financement.

La situation autour des contrats de service a provoqué un questionnement concernant les conditions du partenariat chez les deux acteurs. Selon l'un, la première condition pour ce partenariat était d'être régionalement solidaire. Il fallait que la région dépose le PROS en premier et démontre une coopération exemplaire. Il fallait donc que les partenaires oublient momentanément les conflits qui les opposaient. La démarche des groupes auprès du ministère les rendaient donc des «traîtres» au partenariat, au yeux des représentants du CRSSS.

Pour les groupes, cette question de solidarité régionale ne servait qu'à les museler; au nom d'une solidarité régionale artificielle, ils devaient taire leurs revendications et leurs intérêts.

#### 5.2.2.2 La question de l'allocation des ressources.

L'allocation des ressources est un nouveau mandat confié au Conseil régional. Et, comme nous l'avons déjà dit, bien que le Conseil régional ait reçu le

mandat d'allouer les fonds aux groupes communautaires, il n'en a pas eu l'argent pour le faire de façon adéquate. Cette question d'allocation des ressources a, elle aussi, suscité une action vers le ministère de la part des groupes communautaires et concerne plus spécifiquement un problème d'interprétation entre le CRSSS et les groupes sur les mots «développement» et «consolidation» des ressources. Mais est-ce bien seulement un problème d'interprétation ou la manifestation d'une différence concernant l'autonomie des groupes communautaires?

Pour les groupes, il était stipulé dans le PROS que la consolidation des ressources existantes devait passer avant le développement de nouvelles ressources:

...on voulait demander au CRSSS ce qu'il voulait faire pour la consolidation, parce qu'il y a des organismes qui sont presque sans le sous. Là on s'est fait dire non, non, non, ce n'est pas une priorité, la consolidation, c'est le développement. Là on a dit aie, non! [...] Dans le concept il était dit que le développement et la consolidation des ressources étaient prioritaires...les deux ensembles. Mais dans le plan d'opération que les fonctionnaires du CRSSS ont fait, on avait comme première priorité le développement et la deuxième, la consolidation. Ce qui était contre le concept (répondante 1).

Devant l'impossibilité d'avoir un discours cohérent de la part du CRSSS, cinq groupes formés en coalition régionale se sont retournés vers le ministère. Pour le CRSSS, c'était une autre démonstration de l'immaturité des groupes communautaires. Le CRSSS considérait que les voyages des groupes vers le ministère étaient une chose qui ne devait pas se faire, d'autant plus que les groupes, selon le CRSSS, ne connaissent pas certaines règles de la politique et de

l'administration publique:

Là, ils [les groupes communautaires] se sont mis à jouer politique dans une zone qu'ils ignoraient complètement. Là, ils se sont mis à se promener entre Québec et Chicoutimi [...]. Ils [les groupes] jouent avec un milieu qu'ils ne connaissent pas. Il y a des lois dans le milieu de la gestion publique qui sont méconnues des gens des organismes communautaires (répondante 13).

Les groupes sont donc définis par les fonctionnaires du CRSSS en fonction de ce que les groupes ne savent pas. N'est ce pas là déposséder l'autre de son identité?

La question de la consolidation des nouveaux groupes n'était cependant pas la dernière cause de conflit, la création, le fonctionnement et le financement du Groupe de promotion et de défense des droits en santé mentale fut un autre objet de litige avec le CRSSS.

#### 5.2.2.3 Le groupe de promotion et de défense des droits

Dans la politique en santé mentale, il revient au Conseil régional de voir à ce que chaque région soit dotée d'un groupe de promotion et de défense des droits ce qui est, pour les groupes, un motif de contestation:

On dit, dans la politique en santé mentale que le groupe doit être issu de la communauté, pas du CRSSS! Et quand c'est issu du CRSSS, c'est la première fois que tu perds ton autonomie... Dans la politique en santé mentale il est dit que le CRSSS a le mandat d'assurer l'implantation, ça ne dit pas d'implanter, il y a une nuance à faire! Quand je me suis fait confirmer cela par la Direction de la santé mentale du ministère, j'ai continué à faire ce que je voulais, même contre le CRSSS, car j'étais assurée de la direction de la santé mentale (répondante 5).



En fait, trois groupes communautaires avaient déposé un projet devant le CRSSS en demandant du financement pour constituer le groupe de promotion et de défense des droits. Le CRSSS n'ayant du financement que pour un seul projet, demande aux trois groupes de s'unir pour n'en définir qu'un seul. Or, les demandes n'ont pas toutes les mêmes objectifs et la constitution du groupe fut difficile.

Suite à la naissance de ce groupe, les conflits avec le CRSSS ont continué car, selon les groupes, le CRSSS aurait demandé à nommer les gens du conseil d'administration: «Il voulait nommer les gens du conseil! on a écrit une lettre au ministre pour lui dire qu'il faisait de l'ingérence au début. Cela a fait toute une histoire» (répondante 5).

### 5.2.3 Relations CRSSS-groupes; les raisons du conflit

L'examen des relations conflictuelles entre les groupes et le CRSSS vues à travers le cas du groupe de promotion et de défense des droits, des contrats de service et du choix entre la consolidation et le développement montre que les conflits sont nés essentiellement de trois facteurs. Le premier facteur des conflits avec le CRSSS est le manque de communication entre deux directions du Conseil régional soit la direction de la planification et la direction des opérations, la première étant chargée du processus de planification du PROS, la deuxième de sa mise en application. À plusieurs occasions donc, les groupes ont posé des questions à l'une et l'autre direction concernant des points précis et ont reçu des réponses différentes, si non contradictoires. Ainsi, les points sur lesquels on s'était entendu

lors de la planification se traduisaient différemment lors de la mise en application, ce qui fut le cas pour les contrats de services ainsi que pour le choix entre le développement et la consolidation des ressources.

En plus de ce manque de communication, les groupes et le CRSSS semblent avoir de la difficulté à avoir la même interprétation des documents. C'est pour cette dernière raison conjuguée à la première que les groupes font souvent appel au ministère pour régler leurs conflits. La première réaction des groupes était d'aller au CRSSS mais devant les problèmes de communication entre les directions et le problème d'interprétation on a demandé l'aide du ministère:

Il y a des phrases qui sont pas longues mais qui sont là et lorsque c'est le temps d'aller négocier avec le CRSSS on a toujours la crainte de se faire dire «Ah! c'est pas ça que ça veut dire, c'est pas comme ça que nous l'interprétons». C'est pour ça qu'on utilise toujours le ministère pour faire dire au CRSSS que...mais on pourra plus le faire longtemps avec la réforme. Par contre, on pourra le faire par le biais de nos regroupements. Il reste que, quand tu passes à un autre niveau que ton CRSSS, à un autre niveau, où le ministère a un pouvoir sur ton CRSSS, il faut savoir que ça peut faire l'affaire du ministère de taper sur les doigts du CRSSS pour d'autres raisons que tu ne connais pas (répondante 1).

Enfin, le dernier facteur qui explique les conflits entre les groupes et le CRSSS réside dans le fait que les groupes perçoivent le CRSSS comme un acteur qui veut garder le pouvoir et qui, en tout temps, peut les aliéner et menacer leur existence,: «Il [le CRSSS] a droit pratiquement de dire non, t'existe plus parce que je ne te donnerai plus ta subvention» (répondante 7).

Le fait que ces craintes soient justifiées ou non a peu d'importance. Ce qui importe, c'est qu'elles sont le fruit des rapports entre les groupes et le CRSSS et qu'elles conditionnent leurs relations.

Enfin, l'utilisation du mot «alternatif» par les groupes communautaires pour se définir heurte plus d'une personne travaillant dans le réseau institutionnel:

J'ai de la difficulté avec le concept. Être alternatif, c'est «être autre chose» [...] L'alternatif c'est une façon d'être, ce n'est pas une étiquette, l'alternatif c'est d'être différent. Moi je pourrais te trouver des gens très alternatifs dans le réseau, d'autres qui sont plus conservateurs et d'autres qui vont être freudiens et d'autres qui vont être machin. Ce n'est donc pas parce qu'ils sont dans le réseau institutionnel qu'ils sont des «tarlais»! Être alternatif cela veut dire trancher, séparer, cela veut dire «nous on est pas comme vous êtes». Est-ce que cela veut dire que nous on est pas correct? Quand tu commences un débat en disant: je suis alternatif par rapport à toi et ce que je fais, c'est mieux que toi; alors, cela veut dire que si je suis alternatif, je suis différent. Donc, ce que je fais, c'est mieux que toi, donc ce que tu fais, c'est de la merde! Quand tu dis cela à quelqu'un en commençant ce n'est pas pour faire un mariage très heureux quand tu parles de partenariat (répondante 13).

En somme, la définition de l'alternative ne fait pas consensus. De plus, celle-ci était perçue par certaines personnes du réseau institutionnel comme une tentative de domination effectuée par les groupes communautaires par le biais de la négation de la culture propre au réseau institutionnel. Malgré tout, tous les documents ont été changés afin d'ajouter le mot «alternatif» à l'expression ressources communautaires pour lire: «ressources alternatives et communautaires». Il demeure cependant que l'alternative clamée haut et fort par les groupes communautaires pouvait être un obstacle au partenariat.

## CONCLUSION

La politique en santé mentale a obligé des acteurs de cultures différentes, voire opposées, à s'asseoir à une même table pour travailler ensemble afin de définir une nouvelle organisation des services «centrée sur les besoins de la personne». Après cette période intense de partenariat, conjuguée à la pratique quotidienne de l'intervention, nous avons demandé aux différents acteurs de faire une synthèse de leur expérience afin de dire ce que devrait être le partenariat, d'en déterminer les conditions préalables et de déterminer les comportements attendus des acteurs de la dynamique partenariale.

Selon les perceptions dominantes dans les groupes communautaires, la condition prioritaire est l'égalité, et elle réfère à deux sens différents mais convergents. Premièrement, elle sous-entend que les groupes, les établissements et les intervenantes doivent avoir la même importance dans l'intervention auprès du client. Les groupes ne veulent pas être des organismes de deuxième ordre à qui l'on réfère les «cas» dont les établissements ne désirent ou ne peuvent s'occuper. L'orientation d'une personne vers un établissement ou un groupe communautaire doit se faire en fonction des besoins du client; la complémentarité est donc comprise comme une distribution de responsabilités diverses sur un continuum de services offerts à des personnes. Cette complémentarité établissement-groupes communautaires ne saurait se faire sans un changement profond dans le modèle qui anime actuellement l'organisation des services socio-sanitaires car, jusqu'à maintenant, la complémentarité définissait l'importance d'un acteur en rapport avec

un autre dans l'offre des services.

Cette conception de l'égalité doit aussi se comprendre au niveau des pratiques; les intervenantes des groupes ne veulent pas être considérées comme des «intervenantes de troisième classe» par les établissements.

D'autre part, pour les établissements, le concept d'alternatif est un empêchement à une relation égalitaire puisqu'il est souvent perçu comme un jugement quant à la qualité de leur intervention. L'absence de jugement mutuel, l'ouverture semble donc être une clef permettant une relation égalitaire, et la confiance est vue comme une condition nécessaire pour atteindre ces buts.

La relation égalitaire passe de plus par des mandats, des responsabilités, des devoirs et des contraintes semblables pour les deux partenaires.

Le deuxième sens accordé à l'égalité concerne l'identité culturelle. Les groupes veulent être respectés pour ce qu'ils sont et pour ce qu'ils font. La notion d'égalité doit donc aussi être entendue comme étant le respect de l'identité des acteurs, le respect d'une culture qui leur est propre. Lorsque ce respect identitaire est réuni aux autres conditions, le partenariat peut exister.

Nous devons confronter cette définition idéale à la réalité vécue. Le partenariat est vu de part et d'autre avant tout comme une collaboration dynamique, c'est-à-dire qu'elle privilégie l'échange, le dialogue et la concertation intense. La collaboration est dynamique dans le sens où elle laisse une place aux compromis,

aux jeux d'influence ainsi qu'au pouvoir de convaincre de chacun des partenaires. C'est donc une situation réelle où l'égalité prend le sens d'équité.

Pour comprendre cette collaboration il est nécessaire d'intégrer les termes de complémentarité et de reconnaissance. La reconnaissance est une condition au partenariat; il ne saurait y avoir de partenariat sans reconnaissance préalable. La reconnaissance étant ici une acceptation mutuelle de la culture de l'autre, acceptation qui se traduit pour les groupes de la manière suivante: être considérés de la même importance que les établissements dans l'intervention, reconnaître leur responsabilité et leur contribution dans la structure régionale des services ainsi que de participer aux décisions et aux consultations. Quant à la complémentarité, elle surgira presque automatiquement du partenariat véritable.

Bien que dynamique, la collaboration ne doit pas se faire tous azimuts; elle se construit autour de l'intervention, autour des mandats précis des acteurs qui ont les mêmes préoccupations: «Le partenariat c'est la réalisation partagée de mandats» nous disait une répondante. Une autre précisait que le partenariat «c'est d'être capable de se rejoindre à quelque part pour parler de la personne». C'est établir ainsi la quotidienneté de la construction partenariale. En effet, le partenariat véritable est le résultat d'un travail commun effectué au quotidien entre des personnes qui désirent établir ce genre de coopération. Il nous a été dit à plusieurs reprises que le partenariat concerne des individus et non des structures. C'est à cette échelle individuelle que le respect culturel est rendu possible.

Il faut donc s'approprier et cela peut se faire qu'entre des individus qui ont «des chimies particulières», nous dit une autre répondante; le partenariat ne doit donc pas être forcé ou obligé comme ce fut le cas lors du processus de planification des services.

Placés devant l'obligation de collaborer à l'élaboration et à l'offre des services, les acteurs, par ailleurs opposés et forts inégaux, ont mis sur pied deux mécanismes leur permettant de travailler ensemble sans trop se heurter. Le premier mécanisme consiste à l'utilisation du concept de «personne au centre» comme élément charnière du partenariat. En effet, la personne cible des interventions devenant le centre autour duquel gravitent les acteurs, ces derniers peuvent collaborer sans vraiment avoir à entrer en relation: «Si il y a une façon en tout cas de faire en sorte que la collaboration s'organise vraiment, il faut partir de ce principe là: c'est le client d'abord». Ce premier mécanisme de sécurité ne peut être vraiment efficace sans le deuxième et celui-ci concerne la notion de complémentarité.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, la notion de complémentarité a subi des changements importants depuis l'avènement des PROS, alors que la complémentarité sous-entendait une hiérarchie des acteurs, elle devient peu à peu une notion neutre qui place les acteurs en fonction d'un continuum de services différents mais convergents et d'importance semblable.

En résumé, selon les groupes étudiés et selon notre analyse, le partenariat doit être une collaboration équitable entre acteurs ouverts et respectueux de leur



identité respective, acteurs qui ont des pouvoirs, des devoirs et des contraintes semblables et qui travaillent ensemble à la réalisation d'objectifs communs. Ces collaborations se construisent au fil des interventions entre individus volontaires qui peuvent faire partie d'organisations différentes mais qui doivent avoir des mandats similaires.

De plus, dans le cadre de cette dynamique partenariale, certains mécanismes furent mis de l'avant pour dépasser les contraintes inhérentes à un partenariat asymétrique et hiérarchisé. Le partenariat vécu a restructuré la réalité locale et sectorielle en ce sens qu'il a créé un ensemble de relations, de procédures et de mécanismes spécifiques. Dans certains cas, nous l'avons démontré, l'expérience partenariale a même créée une culture commune aux groupes et aux établissements. Malgré des valeurs souvent différentes, traduites en un langage différent, les acteurs sont arrivés à avoir un cadre conceptuel semblable. On peut donc affirmer à juste titre que l'expérience partenariale en santé mentale au Saguenay-Lac-Saint-Jean a reconfiguré l'espace local et régional. En fait, cela confirme notre hypothèse de départ qui mentionnait que l'application de la formule partenariale, en tant que mécanisme de régulation des rapports sociaux du niveau local dépend de la convergence ou de la divergence culturelle des acteurs en cause. De plus, si nous prenons pour acquis que cette forme structurelle est elle-même issue de l'interaction de différentes forces et acteurs nous pouvons conclure que l'expérience partenariale en santé mentale a contribué à reconfigurer le niveau local et régional de gestion des rapports sociaux. Enfin, selon le principe de la

perméabilité des niveaux de gestion des rapports sociaux, que nous avons établi au premier chapitre, nous pouvons conclure que l'ensemble des niveaux de rapports sociaux peuvent être touchés à des degrés divers.

Cette conclusion soulève à son tour certaines interrogations. Si on peut affirmer que la compétence régionale a, certes, augmenté et que, dès lors, sa dépendance face aux grands centres a diminué, qu'en est-il des différences intra-régionales et mêmes sectorielles? Est-ce que ce processus de partenariat, centralisé dans le centre urbain de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean n'est pas, en lui-même, source de disparité spatiale entre l'agglomération de Chicoutimi-Jonquière et les municipalités rurales?

De plus, sans poser le problème en terme de «récupération», il serait intéressant d'analyser l'impact de la réforme des services de santé et des services sociaux sur l'ensemble du mouvement communautaire. Lorsque l'on considère l'implication des groupes communautaires dans un modèle largement influencé par l'institutionnel, ne peut-on affirmer que cette expérience partenariale transformera radicalement les groupes communautaires? Comme nous l'avons mentionné au premier chapitre, les groupes communautaires, regroupés ou non, qui auront une identité forte risquent moins d'être «agis par d'autres».

Il n'y a qu'un pas à franchir maintenant, pour dire qu'une intervention auprès des groupes, axée sur le renforcement de leur identité, transformera radicalement le paysage partenarial local, du moins en faisons-nous une nouvelle hypothèse!

**ANNEXE 1**  
**MÉTHODOLOGIE**

La qualité méthodologique de notre travail de recherche a été un objectif constant lors de toutes les étapes du processus. La valeur des résultats ne se mesure-t-elle pas, pour beaucoup, à la valeur du processus menant à ces résultats? Le but de cette annexe est donc de donner des informations complémentaires quant à la méthode que nous avons utilisée au cours de l'étude<sup>38</sup>. Ainsi, le lecteur pourra juger de la qualité des informations contenues dans le rapport de recherche. Afin d'atteindre notre objectif, nous procéderons de la manière suivante. Premièrement, nous définirons les lignes générales qui ont guidé la recherche. Ensuite, nous reprendrons chacune des étapes du processus de recherche afin d'expliquer les choix méthodologiques que nous avons faits.

Mentionnons tout d'abord que nous avons utilisé une méthode de recherche qualitative, c'est-à-dire une méthode qui utilise des données descriptives ainsi que le comportement observable des personnes (Deslauriers, 1991:6). Nous avons choisi cette méthode de recherche car elle permet «l'observation d'un phénomène social en milieu naturel» (Deslauriers, 1991:6), ce qui était précisément notre objectif puisque le processus de planification des services en santé mentale était en cours lors de la cueillette des informations.

Le processus de recherche n'a pas été linéaire, mais s'est caractérisé par de fréquents aller-retours entre les données empiriques et les lectures théoriques. Donc, bien que la revue de la littérature ait été partiellement réalisée avant la

---

<sup>38</sup> La facture et le fond du processus méthodologique se sont largement inspirés des ouvrages de Deslauriers (1989 et 1991) et de Deslauriers et Brassard (1987).

collecte des données, elle s'est poursuivie tout au cours de la collecte et même quelque temps après cette période.

De plus, mentionnons brièvement que notre étude s'est déroulée en comparaison constante. Cette manière de procéder oblige une transcription et une analyse sommaire immédiatement après les entrevues. La comparaison des contenus des entrevues nous a permis de raffiner nos interrogations et notre analyse tout au cours du processus de collecte des données. Ainsi, nous nous assurons de colliger toutes les informations pertinentes même si elles ne nous étaient pas apparues comme telles au début de la collecte des données.

### **Constitution de l'échantillon**

Nous avons choisi un échantillon de type contrasté car nous pressentions que le discours d'un seul des deux acteurs en cause pouvait refléter seulement une partie de la réalité.

En 1989, le CRSSS recensait treize groupes communautaires travaillant en santé mentale. En interrogeant des personnes de cinq groupes différents nous atteignons 38% de l'échantillon total, ce que nous avons considéré suffisant pour une étude exploratoire. Le choix des groupes a procédé de la manière suivante.

Nous avons d'abord choisi les deux plus anciens groupes dispensant des services en centre de jour. Ce choix quant à l'âge des groupes était délibéré puisque, au départ, nous voulions mesurer les impacts du PROS sur les groupes

communautaires. Or, l'implantation des recommandations du PROS en santé mentale a été retardée puisque le MSSS n'en a jamais fait l'acceptation officielle. Dès lors, nous ne pouvions analyser l'impact d'un programme qui n'a été mis en place que beaucoup plus tard et encore, par bribes successives.

Par la suite, l'échantillon s'est constitué en boule de neige. Nous avons demandé à la répondante du groupe 1 de nous identifier un groupe du Lac-Saint-Jean travaillant en santé mentale. Nous voulions interviewer des personnes du Lac Saint-Jean afin de rendre compte de la réalité régionale du Saguenay-Lac-Saint-Jean qui est découpé en deux sous-régions. Ainsi, le groupe 2 faisait maintenant partie de notre échantillon. À son tour, la répondante du groupe 2 nous a identifié deux autres groupes, les groupes 4 et 5. La répondante du groupe 3 (déjà choisi à cause de son ancienneté) a corroboré ce choix.

Le choix des établissements s'est fait lui aussi, grâce à la collaboration des groupes. Lors de chaque entrevue nous demandions à la répondante de nous identifier les établissements avec lesquels son groupe était le plus en lien. Nous avons choisi les quatre établissements nommés le plus fréquemment.

### **Cueillette des données**

Les données ont été recueillies à l'aide de sources suivantes:

-documentaires:

Ces sources documentaires sont les rapports annuels et financiers, les

chartes, les règlements généraux, les descriptions de tâches des employées des groupes communautaires et les mémoires présentés aux audiences publiques. De plus, nous avons utilisé les rapports produits par le CRSSS sur le PROS en santé mentale. Enfin, nous avons considéré certains documents remis par les répondantes tels des lettres et des documents d'orientation.

#### -Entrevues semi-dirigées

Nous avons procédé par entrevues semi-dirigées. Le questionnaire relève donc davantage du guide d'entrevue que du questionnaire. Cependant, avant d'arriver à la version finale du guide d'entrevue, nous avons élaboré un questionnaire que nous avons modifié substantiellement plusieurs fois avant de le pré-tester. Le pré-test nous a révélé deux choses importantes. Premièrement, les questions étaient posées de manière telle qu'elles pouvaient restreindre une répondante peu loquace. Le questionnaire a donc été modifié dans sa forme finale en un questionnaire ouvert.

La deuxième chose révélée par le pré-test est qu'une intervenante d'un groupe communautaire ne connaît pas nécessairement l'organisation dans laquelle elle travaille. Ce constat nous a beaucoup étonné et nous avons révisé le nombre d'entrevues effectuées dans chaque groupe, ceci afin de mieux comprendre les causes de la division du travail au sein des groupes communautaires.

Le questionnaire comptait quatre parties. La première cherchait à établir

l'histoire, les structures de l'organisme ainsi que ses liens avec son partenaire. La deuxième partie avait l'objectif d'établir les liens que les groupes entretiennent avec le réseau institutionnel (ou l'inverse pour les établissements). La troisième partie était exclusivement consacrée aux PROS. Enfin, la dernière partie était consacrée aux rapports futurs entre les partenaires; s'ils étaient désirés, quels étaient les conditions de réalisations etc.

Nous avons réalisé un total de 16 entrevues en comptant deux entrevues pré-terrain effectuées les 18 et 23 février 1990. Quatorze entrevues se sont déroulées entre le 18 février 1991 et le 28 octobre 1991. Il est à noter que l'une des personnes ayant été interviewée lors de l'enquête pré-terrain a été interviewée une autre fois lors de la cueillette des données.

Le nombre d'entrevues dans chaque organisation était déterminé par les considérations suivantes: 1) La saturation des informations recueillies; nous faisons autant d'entrevues qu'il était nécessaire afin de recueillir l'ensemble des données. 2) La disponibilité de personnes compétentes pour répondre au questionnaire. Pour être considéré compétente, une personne devait avoir cumulé un an de service au sein de l'organisation. Le tableau suivant nous indique les numéros que nous avons attribués aux répondantes afin de les identifier dans le texte.



**Tableau 13** Identification et provenance des répondantes

ORGANISATION	TÂCHE	NUMÉRO ATTRIBUÉ DANS LE TEXTE
GROUPE 1	gestionnaire	1*
	intervenante	2
GROUPE 2	gestionnaire	3
	intervenante	4
GROUPE 3	gestionnaire	5
GROUPE 4	gestionnaire	6
GROUPE 5	gestionnaire	7
	intervenante	8
CLSC	intervenante	9
IRS	gestionnaire	10
CSS	gestionnaire	11
CRSSS	gestionnaire	12
	gestionnaire	13
	gestionnaire	14
	gestionnaire	15**

\* = entrevue pré-terrain et entrevue semi-dirigée

\*\* = entrevue pré-terrain

Le tableau précédent nous montre que neuf des seize entrevues ont été réalisées avec des personnes travaillant dans des ressources communautaires et/ou alternatives en santé mentale. Donc, les sept autres ont été réalisées avec des personnes travaillant dans diverses organisations du réseau institutionnel. Un

portrait sommaire de l'échantillon peut être visualisé par le tableau suivant.

**Tableau 14** Portrait global des répondantes de l'étude

RÉPONDANTE	FORMATION	ÂGE	ANNÉES DE SERVICE CUMULÉES
1	C	C	A
2	B	A	A
3	B	B	A
4	C	C	A
5	B	C	B
6	A	B	A
7	A	C	A
8	B	A	A
9	A	C	B
10	A	C	D
11	A	D	D
12	A	B	A
13	A	C	A
14	A	B	A
15	A	B	B

**LÉGENDE:**

**FORMATION**

Université	A
CEGEP	B
Autre	C

**AGE**

20-30	A
31-40	B
41-50	C
51-60	D

**NOMBRE D'ANNÉES DE SERVICE**

2-5	A
6-10	B
11-15	C
16-20	D
21-25	E

## L'analyse des données

Toutes les entrevues ont été enregistrées et transcrites «verbatim» sur un logiciel de traitement de texte. Ensuite, elles ont été transférées dans un logiciel spécialisé appelé «The Ethnograph». Ce logiciel a permis le découpage des entrevues selon les unités de sens qu'elles contenaient. Ce même logiciel a permis aussi le codage de ces unités de sens. En tout, 75 codes ont été créés. Ce nombre peut sembler énorme à prime abord, mais il est justifié en ce que les codes attribués étaient directionnels. En effet, le codage nous permettait de faire le tri des données en fonction de l'appartenance institutionnelle.

Ensuite, toujours à l'aide du logiciel de traitement de données, nous avons procédé au regroupement vertical des codes. C'est à dire que nous avons regroupé les mêmes codes apparaissant dans une entrevue. Ces opérations effectuées immédiatement après chaque entrevue, nous a permis de raffiner nos interrogations lors des entrevues subséquentes et de commencer un travail d'analyse sommaire. Ainsi, à mesure que la collecte avançait nous pouvions tirer de plus en plus d'informations d'une entrevue.

Lorsque l'ensemble des entrevues ont été réalisées et codées, nous avons procédé à un regroupement horizontal des catégories, c'est à dire que les codes de toutes les entrevues ont été regroupés constituant ainsi un texte continu composé de toutes les «voix» des répondantes.

Une première réduction des données a été faite après le regroupement horizontal des codes. L'ensemble du texte continu a été simplifié en phrases clefs. La deuxième réduction des données a produit des tableaux synthèses composés de mots et de phrases clefs. C'est à l'aide de ces tableaux que nous avons fait l'analyse finale.

Enfin, tout au long du processus d'analyse nous avons pu bénéficier de conversations avec des informatrices clefs, l'une dans une ressource alternative, d'autres dans les établissements. Ces conversations nous permettaient d'ajuster l'analyse, de vérifier des intuitions et enfin de nous assurer que le contenu que nous allions rendre était fidèle à la réalité perçue par les répondantes.

## **Éthique**

En dernier lieu, nous aimerions souligner que l'ensemble de la recherche s'est déroulée avec le souci constant de protéger nos sources. Cette préoccupation s'est matérialisée premièrement dans l'établissement et la signature d'un consentement éclairé. Ce bref texte mentionnait entre autres le but de la recherche ainsi que son utilisation possible. Enfin, le consentement éclairé garantissait l'anonymat aux personnes ayant consenti à nous rencontrer. Ce souci de l'anonymat de nos sources, nous a accompagné au long de la rédaction du rapport de recherche et c'est pour cette raison qu'on n'y retrouve qu'un minimum d'informations concernant nos informatrices.

## BIBLIOGRAPHIE

AGLIETTA, M. et A. BRENDER (1984) *Les métamorphoses de la société salariale, la France en projet*, Paris, ed. Calman-Lévy, 274 p.

ANDRÉ, C. et R. DELORME (1983) *L'État et l'économie; un essai d'explication de l'évolution des dépenses publiques en France (1870-1980)*, Paris, ed. du Seuil, pp 671-674.

ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE (1990) *Mémoire présenté dans le cadre des audiences publiques en santé mentale, Section Saguenay*, Chicoutimi, 6 p.

Barel, Y. (1984) *La société du vide*, Paris, ed. du Seuil, 184 p.

BASSAND, M. (1992) Développement local et processus identitaires, Gagnon C. et J-L Klein (ed.), *Les partenaires du développement face au défi du local*, Chicoutimi, UQAC, GRIR, pp. 267-295.

BASSAND, M. (1990) *Culture et régions en Europe*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes, pp.243-249.

BÉLANGER, P.R. et B. LÉVESQUE (1987) Le mouvement social au Québec: continuité et rupture (1960-1985), BÉLANGER et alii (eds), *Animation et culture en mouvement*, Sillery, PUQ, pp 253-266.

BÉLANGER, P.R. et B. LÉVESQUE, (1988) Une forme mouvementée de gestion du social: Les CLSC, *Revue internationale d'action communautaire*, No. 20/60, pp 49-64.

BÉLANGER, P.R. et B. LÉVESQUE (1992) Le mouvement populaire et communautaire: de la revendication au partenariat, DAIGLE, G. avec la collaboration de Rocher, G., *Le Québec en jeu, comprendre les grands défis*, Montréal, Presses de l'U de M., pp 713-747.

BÉLANGER, P.R. (1988) Santé et services sociaux au Québec: un système en otage ou en crise? de l'analyse stratégique aux modes de régulation, *Revue internationale d'action communautaire*, 20/60, pp 145-156.

BÉLANGER, P.R.(1988b) Les mouvements sociaux à l'aube des années 1990, *Nouvelles pratiques sociales*, 1,1, pp 101-114.

BERTRAND, Y. (1991) *Culture organisationnelle*, Québec, Presses de l'Université du Québec, télé-université, 211 p.

BOIVIN, H. et L. SIMARD (1990) L'aide naturelle dans une ressource communautaire en santé mentale, *Actes du colloque Les nouvelles pratiques sociales au Saguenay-Lac-Saint-Jean*, Chicoutimi, UQAC, pp 71-85.

BOURQUE, D. (1989) *L'approche communautaire; conceptions et tendances*, CLSC Seigneurie de Beauharnois, texte broché.

BOURQUE, D. et J. PANET-RAYMOND (1991) *Partenariat ou pater-nariat? La collaboration entre établissements publics et organismes communautaires oeuvrant auprès des personnes âgées à domicile*, Montréal, Université de Montréal, Groupe de recherche en développement communautaire, École de service social, 175p.

BOYER, R. (1986) *La théorie de la régulation: une analyse critique*, Paris, ed. La découverte, 142 p.

BRETON, G. ET C. LEVASSEUR (1990) État, rapport salarial et compromis institutionnalisé, BOISMENU G. et D. DRACHE (eds) *Politique et régulation modèle de développement et trajectoire canadienne*, Montréal, ed. du Méridien, l'harmattan, pp 71-98.

CAILLOUETTE, J. (1992) La réforme Côté ou l'ambivalence de l'État à l'égard du communautaire, *Service Social*, 41, 2, pp 115-129.

CENTRALE DES SYNDICATS NATIONAUX (CSN), (1991) *Notre analyse de la réforme de la santé et des services sociaux: un outil syndical pour agir*, Montréal, texte broché, 37 p.

Chambrée (la), Halte secours et l'auberge de l'amitié, (1990) *Mémoire présenté par les maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale et leurs enfants, audiences publiques en santé mentale, région 02*, Roberval, texte broché, 7 p.

COMITÉ DE LA POLITIQUE EN SANTÉ MENTALE, (1987) *Pour un partenariat élargi, projet de politique de santé mentale pour le Québec*, Québec, MSSS, 185 p.

COTÉ, R., (1992) *Vers un plan d'organisation des services en santé mentale à dimension socio-territoriale dans l'est de Montréal*, Mémoire de Maîtrise en Etudes Régionales, Chicoutimi, UQAC, pp 5-27 et 89-137.

CRSSS 02, (1989a) *Plan régional de services en santé mentale; concept*, Chicoutimi, Les publications du conseil régional de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint Jean, 230 p.

CRSSS 02, (1989b) *Synthèse du concept du plan régional de services en santé mentale*, Chicoutimi, Les publications du conseil régional de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint Jean, 39 p.

CRSSS 02, (1990a) *Plan régional des services en santé mentale; "plan d'opération"*, Chicoutimi, Les publications du conseil régional de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint Jean,

CRSSS 02, (1990b) *Plan régional des services en santé mentale; "guide budgétaire"*, Chicoutimi, Les publications du conseil régional de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint Jean, 9 documents reliés et renumérotés.

CRSSS 02, (1990c) *Mémoire sur l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux*, Chicoutimi, Les publications du conseil régional de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint Jean, 51 p.

CRSSS 02, (1990d) *Rapport de consultation sur le plan régional d'organisation des services en santé mentale*, Chicoutimi, 104 p.

CRSSS 02, (1990e) *Plan régional de services en santé mentale: cadre méthodologique*, Chicoutimi, Les publications du conseil régional de la santé et des services sociaux du Saguenay- Lac- Saint Jean, 36 p.

CRSSS 02, (1990f) *Consultation sur le plan régional d'organisation des services en santé mentale, rapport sur les audiences publiques, secteur Saguenay*, Chicoutimi, 19 p.

CRSSS 02, (1990g) *Consultation sur le plan régional d'organisation des services en santé mentale, rapport sur les audiences publiques, secteur Lac Saint-Jean*, Chicoutimi, 10 p.

CRSSS 02, (1991) *Bottin des ressources*, Chicoutimi.

DELORME, R., (1984) *Compromis institutionnalisé, État inséré et crise de l'État inséré, Critiques de l'économie politique*, 26-27, janvier-juin, pp 149-161.

DESLAURIERS, J.P., (1991) *Recherche qualitative; guide pratique*, Montréal, Mc Graw Hill, 142 p.

DESLAURIERS, J.P. (1987)(sous la direction de) *Les méthodes de la recherche*

*qualitative*, Québec, Presses de l'université du Québec, 153 p.

DESLAURIERS, J.P. et M-J BRASSARD (1987) *Pouvoir habiter*, Chicoutimi, UQAC, GRIR, 184p.

DOMMERGUES, P.(sous la direction de), (1988) *La société de partenariat*, Paris, ed. Afnor-Anthropos, 439 p.

ESCALE et LE PHARE, (1990) *Mémoire présenté dans le cadre du concept du plan de services en santé mentale, région-02*, Saguenay, texte broché, 56 p.

FÉDÉRATION DES INFIRMIERS ET INFIRMIERES DU QUÉBEC, (1991) *La Réforme Côté: Audace et astuce*, Montréal, doc. présenté au conseil fédéral, février, 70 p.

FREIRE, P., (1974) *Pédagogie des opprimés*, Paris, Maspéro, 202 p.

GAGNON C. et J.L. KLEIN, (1991) Le partenariat dans le développement local: tendances actuelles et perspectives de changement social, *Cahiers de géographie du Québec*, 35,95, pp 239-255.

GARNIER, J.P., (1982) Localiser le social ou socialiser le local? *Espaces et Société*, 40, pp 3-13.

GILL, L., (1989) *Les limites du partenariat, les expériences sociales-démocrates de gestion économique en Suède, en Allemagne, en Autriche et en Norvège*, Québec, Boréal, 151 p.

GINGRAS, P., (1988) (sous la direction de Lionel Robert et Hector Ouellet), *L'approche communautaire: essai de conceptualisation*, Québec, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, 69 p.

GUAY L., (1991) Le choc des cultures: bilan de l'expérience de participation des ressources alternatives à l'élaboration des plans régionaux d'organisation des services en santé mentale, *Nouvelles pratiques sociales*, 4,2, pp 43-58.

GUAY, J., (1984) *L'intervenant professionnel face à l'aide naturelle*, Chicoutimi, Gaetan Morin, 237 p.

HAVRE DU FJORD (1990) *Mémoire présenté au Conseil Régional de la santé et des services sociaux 02 dans le cadre des audiences publiques*, La Baie.

HURTUBISE, Y., (1987) Individualité et vécu solidaire, BÉLANGER et alii (eds), *Animation et culture en mouvement, fin ou début d'une époque?*, Québec, Presses de l'université du Québec, pp 67-70.



JOHNSTON, R.J., (1986) The state, the region and the division of labor, SCOTT, A. et M. STORPER (eds), *Production, work, territory*, Boston, Allen et unwin, pp 265-280.

KLEIN, J-L., (1989a) Les mouvements sociaux et le local dans la régulation post-keynésienne, GAGNON, C. et alii (eds) *Le local en mouvement*, Chicoutimi, UQAC, GRIR, pp 351-364.

KLEIN, J-L., (1990) Le développement régional et l'espace local: vers un mode de régulation territorialisé?, *Revue internationale d'action communautaire*, 22/62, pp 189-196.

KLEIN, J-L. et C. GAGNON, (1990) *Le social apprivoisé; Le mouvement associatif, l'État et le développement local*, Hull, Asticou, 146 p.

KLEIN, J-L., (1992) Le partenariat: une réponse à l'exclusion? GAGNON, C. et KLEIN, J-L.(eds.) *Les partenaires du développement face au défi du local*, Chicoutimi, UQAC, GRIR, pp 1-18.

KLEIN, J-L. et TREMBLAY, P.A., (1989) Les mouvements sociaux et leur espaces d'autonomie: le local renouvelé, *Nouvelles pratiques sociales*, 2,1, pp 99-111.

LA MOUREUX, J. et F. LESEMAN, (1987) *Les filières d'action sociale, les rapports entre les services sociaux publics et les pratiques communautaires*, Québec, Les publications du Québec, 246 p.

LÉVESQUE, B. et L. MAGER, (1992), Vers un nouveau contrat social? Éléments de problématique pour l'étude du régional et du local, GAGNON, C., et J.L. KLEIN, *Les partenaires du développement face au défi du local*, Chicoutimi, UQAC, GRIR, pp 19-67.

LIPIETZ, A., ( 1983) Crise de l'État-providence: idéologies, réalité et enjeux dans la France des années 1980, BOISMENU, G., *Crise économique, transformations politiques et changement idéologique*, Montréal, Cahiers de l'ACFAS, 16, pp 49-85.

LIPIETZ, A., ( 1989) *Choisir l'audace, Une alternative pour le vingt et unième siècle*, Paris, La découverte, 156 p.

LOFLAND, J. et L.H. LOFLAND, (1984) *Analysing social settings: A guide to Qualitative Observation and Analysis*, Belmont, California, Wadsworth, (2d edition), 186 p.

MACLOUF, P., (1985) Les restructurations économiques et l'ancrage territorial de la crise de l'État-providence, *Revue internationale d'action communautaire*, 13/53,

pp 8-18.

MAILLON (le), REGROUPEMENT DES PARENTS ET AMIS(ES) DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE AU SAGUENAY, (1990) *Observations émises par le maillon aux audiences publiques tenues par le CRSSS suite à la publication du concept du plan de service en santé mentale*, Chicoutimi, 4 p.

MANDON, D.(1990) *Culture et Changement social; approche anthropologique*, Lyon, Chronique sociale, 200 p.

MASSON, D., TREMBLAY, M. ET P.A. TREMBALY, (1989) Femmes et développement régional: éléments d'une problématique et intuition de recherche dans C., GAGNON et J.L. KLEIN, (eds) *Le local en mouvements*, Chicoutimi, UQAC, GRIR, pp 133-162

MELUCCI, A., (1982) Société en changement et nouveaux mouvements sociaux, *Sociologie et société*, 10, 2, pp 37-53

OFFE, C., (1985) New Social Movements: Challenging the Boundaries of Institutional Politics, *Social Research*, 52, 4, pp 817-868.

PAQUIN, G., (1993) Modèles économiques: science ou science-fiction? *Québec Science*, mars, pp 29-33.

PATTON, M. Q., (1980) *Qualitative Evaluation Methods*, Beverly Hills, California, Sage, 381 p.

PAFFENBERGER, B.,(1988) *Microcomputer applications in qualitative research*, Newbury Park, California, Sage, 87 p.

QUÉBEC, (1986) Rapport du comité de la politique en santé mentale, *Pour un partenariat élargi*, Québec, 185 p.

QUÉBEC, (1987) *Rapport du comité de réflexions et d'analyse des services dispensés par les CLSC*, Québec, 91p.

QUÉBEC, (1987) Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, *Problématique et enjeux*, Québec, ed. officiel, 221 p.

QUÉBEC, (1987) Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, *Quelques pistes de réflexion*, Québec, ed. officiel, 96 p.

QUÉBEC et CONFÉRENCE DES CRSSS, (1987) *Plans régionaux de services*, Québec, 20 P.

QUÉBEC, (1986) *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, ed. officiel, 62 p.

QUÉBEC et CONFÉRENCE DES CRSSS (1987) *Plans régionaux de services, principes et orientations*, Québec, 20 p.

QUÉBEC, (1989a) Ministère de la santé et des services sociaux, *Politique de santé mentale*, Québec, 62 p.

QUÉBEC, (1989b) *La santé mentale dans les Centres Locaux de services Communautaires; perspectives et éléments de réflexion*, Québec, 44 p.

QUÉBEC, (1989c) *Orientations*, Québec, 147 p.

QUÉBEC, (1989d) *Avant projet de loi; Loi sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, éditeur officiel, 110 p.

✓ QUÉBEC, (1990a) *Projet de loi; Loi sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, éditeur officiel, 176 p.

QUÉBEC, (1990b) Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Une réforme axée sur le citoyen*, Québec, décembre, 91 p.

QUÉBEC, (1990c) Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Les régies de la santé et des services sociaux*, Québec, décembre, 2 p.

QUÉBEC, (1990d) Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Les centres locaux de services communautaires*, Québec, décembre, 2 p.

QUÉBEC, (1990e) Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Les organismes communautaires*, Québec, décembre, 2p.

QUÉBEC, (1991) *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, Québec, éditeur officiel, 176 p.

REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, (1990) *Mémoire portant sur l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux*, Montréal, 40 p.

REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, (1991) *Manifeste (document provisoire)*, Montréal, 12 p.

REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, (1991) *La participation des ressources alternatives à l'élaboration des*

*plans régionaux d'organisation des services en santé mentale: Le choc des cultures. Bilan synthèse de l'expérience de participation aux comités tripartites*, Montréal, 48 p.

RICQ, C. (1982) *La région, espace institutionnel et espace d'identité, espace et société*, 41, pp 113-130.

ROSANVALLON, Pierre, (1981) *La crise de l'État-providence*, Paris, ed. du Seuil, 187 p.

ROY, M., (1987) *Les CLSC; ce qu'il faut savoir*, Montréal, ed. Saint-Martin, 172 p.

SPRADLEY, J. ET B. MANN, (1979) *Les bars, les femmes et la culture*, Paris, Presses universitaires de France, 255 p.

SANTÉ ET SOCIÉTÉ, (1991) *Usagers, bénéficiaires, patient, client, malade, contribuable... La réforme les redécouvre*, 13, 1, pp 31-62.

TABLE DES REGROUPEMENTS PROVINCIAUX D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET BÉNÉVOLES (1992) *Régionalisation et démocratie; pour une réelle participation des organismes communautaires et bénévoles*, Montréal, texte broché, 38 p.

TESH, R., (1990) *Qualitative research; analysis types and software tools*, New York, Falmer Press, 330 p.

THÉRIAULT, J.Y., (1987) *Mouvements sociaux et nouvelle culture politique*, *Politique*, 12, pp 5-36.

TREMBLAY, H., (1988) *Les ressources communautaires; problématiques et enjeux*, Québec, MSSS, 167 p.

VAILLANCOURT, Y., (1989) *De Rochon à Lavoie-Roux: une introduction au dossier*, *Nouvelles pratiques sociales*, 2, 1, pp 23-36.

VALADE, B., (1992) *Culture*, BOUDON, R. (ed), *Traité de sociologie*, Paris, Presses universitaires de France, pp 461-490.