Document generated on 07/18/2025 6:18 p.m.

Santé mentale au Québec

Les organismes communautaires en santé mentale au Québec : rôle et dynamique partenariale

Mental health community organizations in Québec: role and partnership models

Los organismos comunitarios de salud mental en Quebec: papel y dinámica de asociación

Os organismos comunitários em saúde mental no Quebec: papel e dinâmica de parceria

Guy Grenier and Marie-Josée Fleury

Volume 34, Number 1, Spring 2009

Santé mentale en première ligne

URI: https://id.erudit.org/iderudit/029761ar
DOI: https://doi.org/10.7202/029761ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Grenier, G. & Fleury, M.-J. (2009). Les organismes communautaires en santé mentale au Québec : rôle et dynamique partenariale. *Santé mentale au Québec*, *34*(1), 101–126. https://doi.org/10.7202/029761ar

Article abstract

This study presents a global picture of the 371 government funded community-based mental health organizations (OCSM) and provides a description of the partnerships developed with community, institutional and inter-sector networks. The authors examine the diversity of the mental health community organizations based on the following characteristics: date of foundation, type and extent of territory, type and number of services offered, financial statement; participation in associations, participation in steering committees and models of partnership. The surface area of the territory, the size of the budget as well as involvement in steering committees appear to be enabling factors favouring the development of relations between organizations.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2009

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Les organismes communautaires en santé mentale au Québec : rôle et dynamique partenariale

Guy Grenier*

Marie-Josée Fleury**

Cette étude présente un portrait global des 371 organismes communautaires en santé mentale (OCSM) subventionnés par l'État québécois durant l'année 2003-2004, et fait état de leur dynamique partenariale avec les réseaux communautaire, institutionnel et intersectoriel. Les auteurs abordent la diversité des OCSM à partir des dimensions suivantes : période de fondation de l'organisme, type et étendue du territoire couvert, type et nombre de services offerts, profil financier, regroupements et associations, tables de concertation et relations partenariales. L'étendue du territoire, l'importance du budget et la participation à une table de concertation locale et à des comités de travail apparaissent être des conditions qui favorisent la formalisation des relations organisationnelles.

Les organismes communautaires en santé mentale (OCSM) constituent des acteurs incontournables dans la dispensation des services. Leur prolifération au cours des dernières décennies de même que l'importance de leur financement par l'État le confirment. D'une quarantaine au début des années 1980, on en dénombre 430 en 2006-2007 se partageant 23 % des 353 millions $ accordés aux 3 263 OC subventionnés par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS, 2007) [1].

Alors que le système de santé mentale québécois (MSSS, 2005) connaît des transformations majeures encourageant une consolidation des soins primaires et une meilleure intégration des services de santé, le rôle des OCSM et les types de relations qu'ils entretiennent entre eux, ainsi qu'avec les réseaux institutionnels et intersectoriels, méritent

* Ph.D., Professionnel de recherche, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Montréal.

** Ph.D., Professeure adjointe, Département de Psychiatrie, Université McGill, chercheure, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Montréal.

Remerciements

Cette étude a été rendue possible grâce à une subvention du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH). Les auteurs remercient l'ensemble des organismes communautaires qui ont accepté de participer à l'étude, et Michel Perreault pour ses commentaires lors de la première version de cet article.

d'être davantage documentés. Cet article vise à tracer un portrait de l'ensemble des OCSM au Québec et à mieux comprendre leur dynamique partenariale afin de soutenir les réformes en cours.

Les études sur les OCSM et leur relation avec le réseau institutionnel de santé mentale

Peu d'études présentent un portrait global des OCSM. La plupart des études internationales ou canadiennes portent sur les groupes d'entraide. Quant aux études empiriques québécoises consacrées au fonctionnement et à la pratique des OCSM, elles se limitent à certaines régions [2] ou à quelques ressources particulières (Wallot, 1999 ; Lecomte et Gagné, 2000).

Les principales thématiques abordées dans la littérature sur les OCSM se penchent sur leur culture et leur typologie, leur impact sur la clientèle et leurs relations avec le réseau institutionnel. Utilisant l'idéologie comme critère de différenciation, Emerick (1990) identifie trois types d'OCSM : le type conservateur ne s'intéresse qu'au traitement individuel ; le types radical désire transformer en profondeur la société et le système de santé mentale ; et le type modéré s'inscrit à mi-chemin entre les deux factions précédentes. Certains auteurs classent les OCSM selon que le fonctionnement du groupe et l'aide offerte soient principalement assumés par des usagers, des professionnels ou conjointement (Lavoie et al., 1995 ; Gagné, 1996). D'autres se basent principalement sur les objectifs poursuivis et la population visée par les organismes (Mowbray et al., 1997 ; Goldstrom et al., 2006). Plusieurs travaux québécois et canadiens ont souligné les spécificités culturelles des OCSM [3]. Roberge et White (2000) jugent toutefois que cette culture se transforme en raison du partenariat avec le réseau institutionnel et du transfert d'une clientèle qui s'identifie davantage au modèle biomédical. Si dans leur discours les OCSM prônent toujours une transformation radicale de la société, leur pratique répond désormais davantage aux besoins individuels de leurs usagers.

L'impact positif des OCSM sur le système et la clientèle a été maintes fois rapporté dans la littérature [4]. Facilement accessibles, les OCSM offrent des services à des personnes n'ayant pas accès au réseau institutionnel (Goering et al., 2006 ; Segal et al., 2002). En outre, les membres des OCSM utilisent plus judicieusement les services du réseau institutionnel (Hodges et al., 2003 ; Segal et al., 2002a). Leurs hospitalisations seraient moins nombreuses et plus brèves que celles des patients qui ne fréquentent pas les OCSM (Burti et al., 2005).

Les études internationales sur les relations entre les OCSM et le réseau institutionnel sont nombreuses. L'étude pionnière effectuée par Emerick (1990) concluait que les organismes conservateurs et modérés entretenaient davantage de relations avec le réseau institutionnel que les organismes qualifiés de radicaux. Les liens de collaboration entre OCSM et réseau institutionnel sont toutefois rarement formalisés (Hodges et Hardiman, 2006). Enfin, les études canadiennes et québécoises[5] sur l'expérience partenariale en santé mentale ont confirmé l'existence de plusieurs modèles de partenariat, allant du modèle dominé par les établissements publics à celui construit sur de véritables rapports égalitaires entre partenaires, et l'absence de consensus des OC quant à la nature des liens partenariaux à adopter avec le réseau institutionnel.

Méthodologie

La liste des OCSM a été établie à partir du site internet du MSSS qui recense 403 organismes recevant en 2003-2004 un soutien financier minimal du ministère. De cette liste originale, 32 OCSM ont été exclus parce qu'ils n'offraient pas de services directement à la population, qu'ils n'existaient plus ou qu'ils représentaient des points de services d'organismes préexistants. Au total, 371 OCSM ont été retenus aux fins d'analyse. Conformément au protocole d'éthique du projet, lors de la saisie des données, un numéro a été utilisé à la place du nom de chaque OCSM pour assurer la plus stricte confidentialité des informations.

Afin d'examiner le rôle des OCSM, ceux-ci ont été répartis en neuf types en fonction de leurs objectifs et de la population desservie : 1) les organismes de promotion de la santé mentale offrent des services à la population générale (n = 10) ; 2) les centres de crise et d'écoute desservent l'ensemble des troubles mentaux (n = 57) ; 3) les groupes d'aide aux familles et aux proches (n = 56) ; 4) les groupes offrent un milieu de vie dont les activités se déroulent dans leurs locaux à certaines heures prédéterminées (n = 87) ; 5) les groupes d'entraide où les services sont offerts principalement par des pairs (n = 40) ; 6) les ressources d'hébergement offrent des services sept jours par semaine et 24 heures par jour à leurs résidents (n = 61) ; 7) les organismes de suivi dans la communauté (n = 24) ; 8) les organismes d'intégration au travail (n = 22) ; et 9) les groupes de défense des droits (n = 14)[6].

Les rapports financiers et d'activités des OCSM pour l'année financière 2003-2004 ont constitué nos principales sources d'informations pour cette étude. Ces rapports codifiés en fonction de quatorze dimensions[7], ont été transmis par l'entremise des agences régionales ou

par les OCSM eux-mêmes. Le taux de réponse a été de 91 % (n = 337) pour les rapports d'activités et de 74 % (n = 275) pour les rapports financiers. Afin d'obtenir de l'information sur les OCSM dont nous ne disposions pas de rapports d'activités ou financiers, d'autres sources ont été consultées. Le *Répertoire des ressources de santé mentale du Montréal métropolitain* (ACSM, filiale de Montréal, 2004) a permis de compléter l'information sur les sept premières dimensions pour l'ensemble des OCSM intervenant sur l'île de Montréal, et d'une grande partie de ceux situés dans les régions de Laval et de la Montérégie. Les rapports annuels d'activités de divers regroupements provinciaux (n = 4) ou régionaux (n = 12) ont permis de faire de même pour leurs membres respectifs. Les sites internet des OCSM (n = 155) ont aussi été consultés. Finalement, un questionnaire a été élaboré et envoyé par la poste aux 371 OCSM ciblés [8]. Ce questionnaire a permis de compléter l'information sur le nombre et le type d'organisations avec qui les OCSM entretiennent des relations partenariales, et sur la nature (formelle ou informelle [9]) de ces dernières. Pour chacun des neuf types d'OCSM, les données manquantes sur le nombre de partenaires et le type de relations partenariales ont été remplacées par la moyenne de leur région respective, compte tenu du mandat de l'organisme (local, sous-régional [10], régional).

Les dimensions les plus susceptibles d'exercer une influence sur la dynamique partenariale des OCSM ont été retenues pour fin d'analyse. Il s'agit de l'ancienneté des organismes, du territoire couvert, du type et du nombre de services offerts, du profil financier, des regroupements dont ils font partie, de leur représentation et de leurs relations partenariales.

Résultats

Ancienneté des organismes

Notre enquête a recueilli les dates de fondation de 352 (95 %) des 371 OCSM. Avant 1981, seulement 49 (13 %) OCSM existaient. La majorité des organismes de promotion de la santé mentale ont été créés à cette époque (6/10 ; 60 %). Entre 1982 et 1988, 115 organismes (31 %) ont vu le jour. Il s'agit majoritairement de centre de crise et d'écoute (29/57 ; 51 %), de ressources d'hébergement (25/61 ; 41 %) et d'organismes de suivi (8/24 ; 33 %). La décennie 1989-1998 a été celle de l'apogée des OCSM, 166 organismes (45 %) ayant été fondés durant cette période. Les groupes de défense des droits (9/14 ; 64 %), d'aide aux familles et aux proches (33/56 ; 59 %), d'entraide (23/40 ; 58 %), de milieu de vie (46/87 ; 53 %) et d'intégration au travail (11/22 ; 50 %) y

ont principalement prospéré. Finalement, seulement 22 OCSM (6 %) ont été mis sur pied depuis 1999.

Types et étendues des territoires couverts par les OCSM

Sur les 371 organismes répertoriés, 176 (47 %) possèdent un mandat local, 137 (37 %) un mandat sous-régional [11] et 58 (16 %) un mandat régional. Les organismes qui offrent un milieu de vie (65/87 ; 75 %) et les groupes d'entraide (24/40 ; 60 %) couvrent généralement un seul territoire de CLSC. Les ressources d'hébergement (29/61 ; 48 % et 30/61 ; 49 %) et de suivi (11/24 ; 46 % et 12/24 ; 50 %) se partagent des mandats local ou sous-régional d'une façon quasi équivalente. En contrepartie, les mandats des groupes d'intégration au travail [12] (12/22 ; 55 %), d'aide aux familles et aux proches (25/56 ; 45 %) et des centres de crise et d'écoute (24/57 ; 42 %) sont surtout sous-régionaux. Finalement, la totalité des groupes de défense des droits et la moitié (5/10 ; 50 %) des organismes de promotion de la santé mentale couvre l'ensemble de leur région respective.

La moitié des OCSM (186/371) sont localisés dans des territoires complètement urbains, contre 119 (32 %) en territoire semi-urbain et à peine 66 (18 %) en milieu rural. Cette répartition est assez conforme à celle de la population générale du Québec, urbanisée à 78 % (ISQ, 2002). Les organismes de suivi dans la communauté (21/24 ; 88 %) et d'intégration au travail (13/22 ; 59 %) se concentrent fortement dans les centres urbains.

Type et nombre de services offerts par les OC

Les figures 1 à 6 présentent les principaux services offerts par les OCSM en général et pour chaque type d'OCSM en particulier. Les quatre services les plus courants, soit l'écoute et les références téléphoniques, la prévention et la sensibilisation à la santé mentale, la formation et l'éducation ainsi que l'entraide, sont offerts par la plupart des OCSM. Les autres services sont toutefois octroyés majoritairement par un seul type d'OCSM.

Les OCSM se distinguent aussi par la quantité de services qu'ils offrent (Tableau 1). Les groupes de défense des droits et les groupes d'entraide sont les types d'organismes les plus spécialisés, alors que les organismes avec un milieu de vie, les ressources d'hébergement et les organismes de suivi dispensent la gamme de service la plus diversifiée [13]. Les OCSM avec le plus grand nombre de services diversifiés sont généralement membres de l'Association canadienne de la santé mentale ($r = .131$, $p = 0{,}012$) ou du Regroupement des ressources alternatives en

Figure 1 : Services offerts par l'ensemble des OCSM (n = 371)

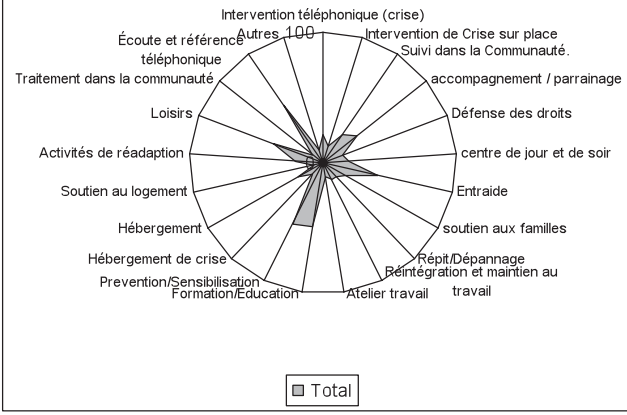

Figure 2 : Services offerts par les OCSM (milieu de vie)

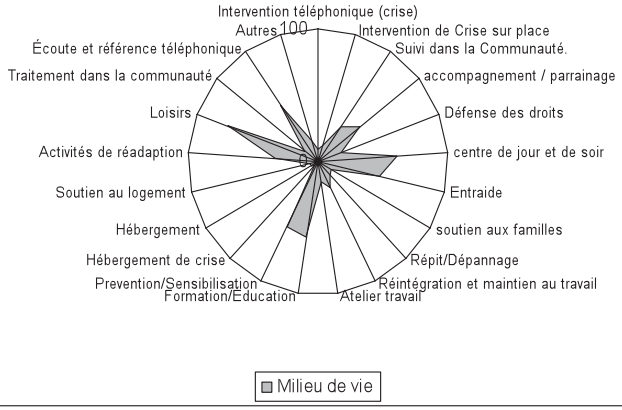

Figure 3 : Services offerts par les OCSM (crise et écoute et promotion en santé mentale)

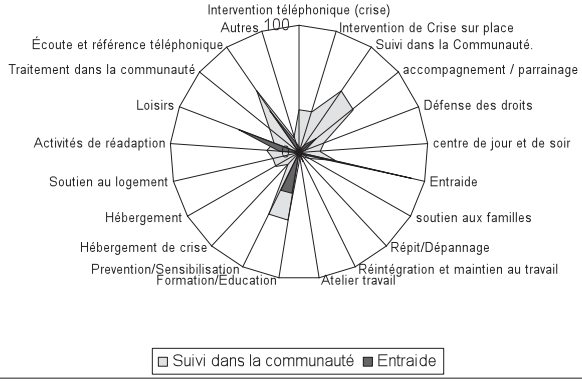

Figure 4 : Services offerts par les OCSM (famille/proches et intégration au travail)

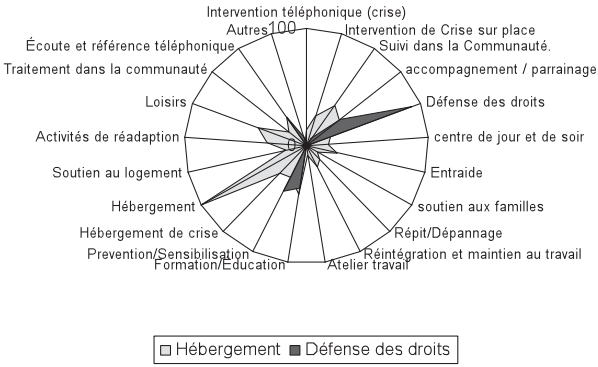

Figure 5 : Services offerts par les OCSM (crise et écoute et promotion en santé mentale)

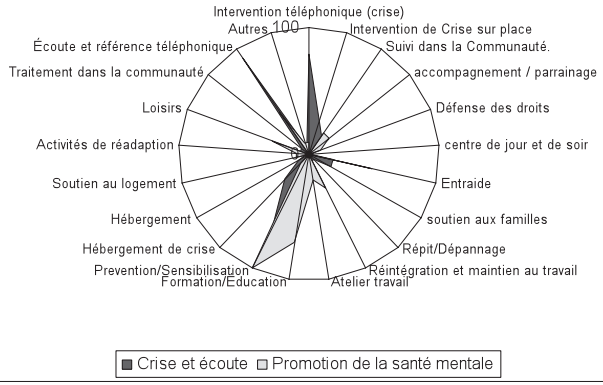

Figure 6 : Services offerts par les OCSM (famille/proches et intégration au travail)

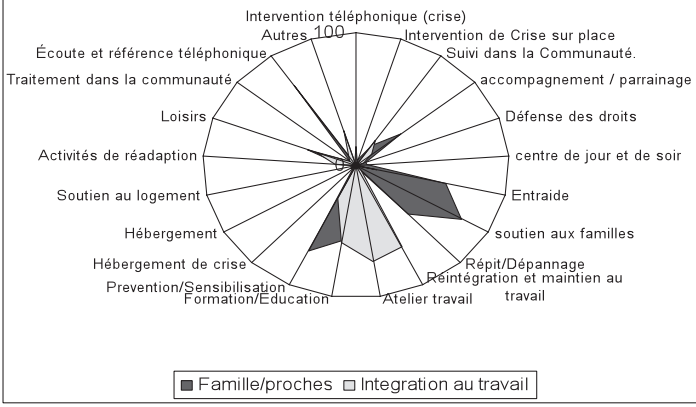

Tableau 1
Nombre de services offerts par type d'organismes

Nombre de services offerts	**Types d'organismes**									**Total**
	Milieu de vie (N = 87)	Entraide (n = 40)	Famille Proches (N = 56)	Écoute Crise (N = 57)	Héberge-ment (N = 60)	Suivi (N = 24)	Travail (N = 22)	Droits (N = 14)	Promotion santé mentale (N = 10)	
1 à 3	16 (18 %)	23 (58 %)	13 (23 %)	20 (35 %)	22 (36 %)	5 (21 %)	10 (45 %)	9 (64 %)	3 (30 %)	122 (33 %)
4 à 6	35 (40 %)	15 (38 %)	27 (48 %)	26 (46 %)	17 (28 %)	11 (46 %)	10 (45 %)	4 (29 %)	5 (50 %)	149 (40 %)
7 à 9	25 (29 %)	1 (3 %)	12 (21 %)	8 (14 %)	12 (20 %)	6 (25 %)	1 (5 %)	0 (0 %)	1 (10 %)	66 (18 %)
10 et +	10 (11 %)	0 (0 %)	4 (7 %)	3 (5 %)	10 (16 %)	2 (8 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (10 %)	30 (8 %)
Données manquantes	1 (1 %)	1 (3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (5 %)	1 (7 %)	0 (0 %)	4 (1 %)
Moyenne/ organisme	6,07	3,25	5,43	4,68	5,83	5,70	3,90	2,69	4,40	5,11

santé mentale du Québec (r = 0,104, p = 0,044). Aucune autre variable (ancienneté, étendue du territoire couvert, budget, etc.) n'est corrélée au nombre de services offerts.

Profil financier

Le budget global pour l'année 2003-2004 est connu pour 275 OCSM (Figure 7). Le budget annuel moyen de ces organismes est de 315 966 $ (écart-type : 459 847 $), mais on constate d'importantes disparités entre les OCSM. Globalement, le budget annuel varie de moins de 10 000 $ pour un groupe d'entraide, à près de 5 millions $ pour une ressource d'hébergement. La moitié des OCSM, principalement les groupes de défense des droits et la plupart des groupes d'entraide, disposent de moins de 200 000 $ pour organiser leurs activités annuelles. Inversement, une petite minorité affiche un revenu annuel supérieur à 500 000 $, dont douze (4 %) avec un budget qui dépasse 900 000 $. Il s'agit principalement de centres de crise et d'écoute, de ressources d'hébergement et d'organismes d'intégration au travail.

Le tableau 2 présente les diverses sources de financement des OCSM. Plus de 80 % du budget des OCSM du Québec est octroyé par le gouvernement provincial par l'entremise de ses divers ministères et établissements. Le principal organisme subventionnaire est le MSSS par l'entremise du Programme SOC (Soutien aux OC), qui constitue 64 %

Figure 7 : Budget annuel des OCSM pour l'année 2003-2004

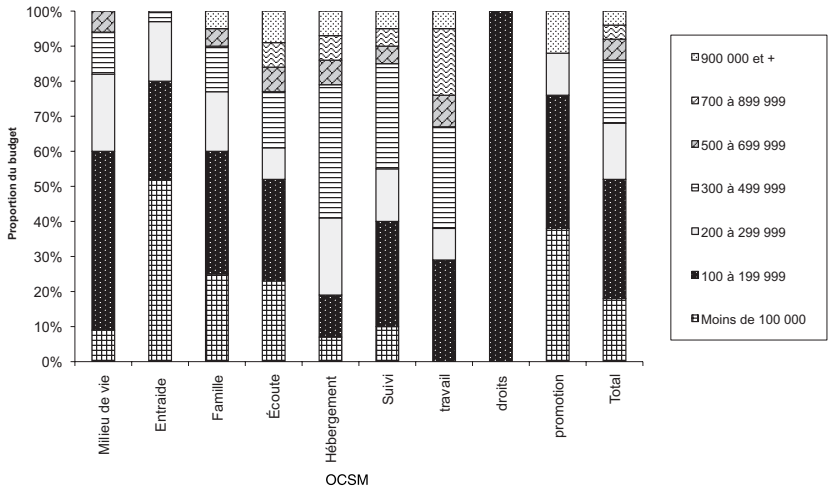

Tableau 2
Budget global et sources de financement des OCSM

Budget global 2003-2004	**Types d'organismes**									**Total (n = 275)**
	Milieu de vie (n = 65)	Entraide (n = 29)	Famille Proches (n = 40)	Écoute Crise (N = 44)	Héberge-ment (N = 42)	Suivi (N = 20)	Travail (N = 21)	Droits (N = 6)	Promotion santé mentale (N = 8)	
Somme (millions $)	13,451	3,422	11,861	16,972	21,150	6, 938	9, 588	0,961	2,350	86,891
Moyenne	206,945 $	118,007 $	296,522 $	385,725 $	503,564 $	346,129 $	465, 581 $	152,683 $	293,837	315,966 $
Écart-type	119, 935	95,251	566,742	478,136	774,893	314, 842	317, 324	35,303	492,648	459,847
% Programme SOC	74 %	67 %	47 %	81 %	57 %	81 %	46 %	35 %	41 %	64 %
% Auto-financement	8 %	16 %	20 %	10 %	22 %	6 %	19 %	1 %	14 %	15 %
% Autres subventions	5 %	6 %	18 %	2 %	5 %	11 %	5 %	10 %	30 %	7 %
% Emploi Québec	5 %	8 %	1 %	1 %	0.1 %	1 %	23 %	2 %	7 %	4 %
% Centraide	2 %	2 %	1 %	2 %	0.3 %	2 %	3 %	3 %	2 %	1 %
% MESFF (SACA)	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	46 %	0 %	1 %
% Emploi Canada	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	2 %	0 %	4 %	0.5 %
% Non précisé	6 %	1 %	13 %	4 %	16 %	0 %	1 %	3 %	1 %	7 %

du revenu des OCSM. Les autres sources de financement étatique sont beaucoup plus marginales. Elles sont attribuées généralement dans le cadre de programmes spécifiques ou de projets ponctuels. La seconde source de revenu est l'autofinancement. Sur les 275 OCSM, 238 (87 %) organisent des souscriptions ou des activités payantes. En 2003-2004, ces activités ont permis de ramasser un montant totalisant presque 13 millions de dollars, soit 15 % du budget global des OCSM.

Regroupements et Associations

Les OCSM se rassemblent principalement dans quatre regroupements provinciaux. Le plus important est le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) qui réunit 95 (25 %) des 371 OCSM, principalement des organismes qui offrent un milieu de vie, des ressources d'hébergement et des groupes d'entraide. Vient ensuite par ordre d'importance l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), dont font partie 54 (15 %) OCSM. Seuls les groupes de défense des droits n'y sont pas représentés. Pour sa part, la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAM) regroupe la majorité des groupes d'aide aux familles et aux proches (41/56 ; 73 %). Enfin, l'Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) rassemble 24 OCSM (6 %), soit la quasi-totalité des groupes de défense des droits, ainsi que quelques ressources offrant de l'hébergement ou un milieu de vie.

Outre ces quatre regroupements, 146 OCSM (39 %) ont indiqué être membres d'autres associations (Association québécoise de prévention du suicide, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale). Les organismes de suivi (13/24 ; 54 %), d'écoute et de crise (28/57 ; 49 %) et d'aide à la famille et aux proches (26/56 ; 46 %) sont les principaux participants à ces associations qui englobent également des établissements du réseau institutionnel.

Participation aux tables de concertation

Des OCSM, 184 (50 %) participent à des tables de concertation locales ou sous-régionales en santé mentale et 142 (38 %) à des tables régionales. Les organismes d'intégration au travail sont les plus assidus aux tables locales ou sous-régionales (17/22 ; 77 %) et régionales (11/22 ; 50 %), alors que les groupes de défense des droits en sont générale-ment absents. Parmi ces derniers, deux seulement (14 %) ont mentionné participer à une table locale ou sous-régionale et un seul (7 %) à une table régionale.

À ces tables de concertation, 177 OCSM (48 %) s'impliquent dans des comités de travail sur des problématiques particulières (par exemple, logement, travail, etc.). Les organismes d'intégration au travail (13/22 ; 59 %) et de suivi (12/24 ; 50 %) y participent dans une plus grande proportion, alors que les groupes de défense des droits y sont rarement présents (3/14 ; 21 %). Finalement, 121 OCSM (33 %) participent à des tables intersectorielles qui abordent d'autres problématiques que la maladie mentale (par exemple, pauvreté, itinérance).

Relations partenariales

Le tableau 3 indique le nombre moyen de partenaires des OCSM ainsi que le type de relations qu'ils entretiennent avec ces derniers [14]. Les organismes de promotion de la santé mentale possèdent en moyenne le plus de partenaires, alors que les groupes d'entraide et les groupes de défense des droits en ont le moins. Les organismes d'intégration au travail rapportent entretenir des liens avec un nombre moyen de partenaires intersectoriels nettement supérieur à tout autre type d'organismes. Les groupes de défense des droits comptent peu de partenaires du réseau institutionnel, tandis que les groupes d'aide aux familles et aux proches ont peu de partenaires parmi les OC intervenant dans d'autres secteurs.

Les organismes avec le plus de partenaires parmi les OCSM en ont aussi davantage parmi les autres OC ($r = 310$, $p < 0{,}001$), le réseau institutionnel ($r = 0{,}381$, $p < 0{,}001$) et l'intersectoriel ($r = 0{,}131$, $p = 0{,}012$). Les organismes locaux comptent moins de partenaires parmi les OCSM ($r = -0{,}255$, $p < 0{,}001$) et dans le réseau institutionnel ($r = -0{,}244$, $p < 0{,}001$). Inversement, ceux qui sont situés en territoire urbain possèdent plus de partenaires chez les OCSM ($r = 0{,}167$, $p < 0{,}001$) et dans le réseau institutionnel ($r=,167$, $p < 0{,}001$). Les organismes offrant le plus grand nombre de services comptent plus de partenaires parmi les OCSM ($r=,117$, $p = 0{,}025$) et chez les autres OC ($r = 0{,}131$, $p = 0{,}012$). Par ailleurs, plus les OCSM sont anciens, plus ils possèdent de partenaires parmi les autres OC ($r = -0{,}116$, $p = 0{,}026$). Le nombre de partenaires de l'intersectoriel est pour sa part corrélé à la participation à des comités de travail ($r = 0{,}123$, $p = 0{,}024$). Enfin, les membres de la FAPAMM comptent moins de partenaires parmi les autres OCSM ($r = -0{,}121$, $p = 0{,}020$), alors que les membres du RRASMQ ($r = -0{,}116$, $p = 0{,}026$) et de l'AGIDD ($r = -108$, $p = 0{,}038$) en comptent moins parmi le réseau institutionnel. Aucune autre variable (ancienneté, budget, etc.) n'est corrélée avec le nombre de partenaires.

La plupart des relations que les OCSM entretiennent avec leurs différents partenaires sont de nature informelle, c'est-à-dire basées sur la

Tableau 3
Pourcentage d'OCSM qui entretiennent des relations partenariales avec d'autres organismes

Types d'organismes	Types de relations	Types d'organismes avec qui ils entretiennent des relations partenariales			
		O.C. en S.M.	Autres O.C.	Institutionnel	Intersectoriels
Milieu de vie (N = 87)	Informelle	68 (78 %)	36 (41 %)	59 (68 %)	32 (37 %)
	Formelle	6 (1 %)	2 (1 %)	13 (15 %)	16 (18 %)
	Nombre moyen de partenaires (S.D.)	5,2 (5,1)	1,8 (3,7)	2,6 (2,3)	3,4 (5,2)
Entraide (N = 40)	Informelle	25 (63 %)	16 (40 %)	25 (63 %)	7 (18 %)
	Formelle	0 (0 %)	0 (0 %)	4 (10 %)	4 (10 %)
	Nombre moyen de partenaires (S.D.)	4,5 (3,8)	1,9 (2,0)	2,6 (2,8)	2,7 (4,4)
Famille et proches (N = 56)	Informelle	39 (70 %)	22 (39 %)	38 (68 %)	16 (29 %)
	Formelle	7 (13 %)	0 (0 %)	17 (30 %)	4 (7 %)
	Nombre moyen de partenaires (S.D.)	5,7 (4,0)	1,2 (2,4)	3,1 (2,5)	2,6 (5,3)
Écoute et crise (N = 57)	Informelle	44 (77 %)	32 (56 %)	42 (74 %)	23 (40 %)
	Formelle	20 (35 %)	6 (11 %)	27 (47 %)	23 (40 %)
	Nombre moyen de partenaires (S.D.)	6,1 (4,6)	3,4 (5,9)	3,7 (2,7)	3,1 (2,2)
Hébergement (N = 61)	Informelle	40 (66 %)	28 (46 %)	40 (66 %)	22 (36 %)
	Formelle	10 (16 %)	2 (3 %)	22 (36 %)	12 (20 %)
	Nombre moyen de partenaires (S.D.)	5,1 (3,4)	2,5 (3,8)	4,0 (3,7)	2,2 (3,1)
Suivi dans la communauté (N = 24)	Informelle	18 (75 %)	15 (63 %)	16 (67 %)	6 (25 %)
	Formelle	4 (17 %)	1 (4 %)	8 (33 %)	4 (17 %)
	Nombre moyen de partenaires (S.D.)	7,3 (5,1)	2,2 (3,2)	4,5 (4,0)	2,8 (3,6)
Intégration au travail (n = 22)	Informelle	17 (77 %)	13 (59 %)	15 (68 %)	8 (36 %)
	Formelle	3 (14 %)	1 (5 %)	3 (14 %)	10 (45 %)
	Nombre moyen de partenaires (S.D.)	7,9 (9,5)	2,4 (2,3)	4,1 (2,3)	10.9 (11,9)
Défense des droits (N = 14)	Informelle	6 (43 %)	4 (29 %)	5 (36 %)	56 (43 %)
	Formelle	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
	Nombre moyen de partenaires (S.D.)	4,8 (3,9)	1,8 (3,0)	2,1 (2,7)	2,3 (2,9)
Promotion de la santé mentale (N = 10)	Informelle	10 (100 %)	8 (80 %)	10 (100 %)	4 (40 %)
	Formelle	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (10 %)	1 (10 %)
	Nombre moyen de partenaires (S.D.)	8,4 (8,9)	6,4 (6,6)	5,6 (4,0)	6,9 (5,9)
Total (N = 371)	Informelle	267 (72 %)	174 (47 %)	250 (67 %)	124 (33 %)
	Formelle	50 (13 %)	12 (3 %)	95 (26 %)	74 (20 %)
	Nombre moyen de partenaires (S.D.)	5,7 (5,0)	2,3 (3,9)	3,3 (3,0)	3,4 (5,2)

confiance mutuelle au lieu d'une entente écrite. Les relations formelles, beaucoup moins nombreuses, engagent principalement les centres de crise et d'écoute, les ressources d'hébergement, les organismes d'intégration au travail et les organismes de suivi. Elles visent souvent la coordination des interventions dans le cas d'individus représentant un danger sérieux pour eux-mêmes ou pour les autres, d'où l'implication fréquente du corps policier et des services correctionnels parmi les ressources intersectorielles. Les ententes formelles entre OCSM sont rares et impliquent les mêmes organismes qui possèdent des relations formalisées avec les établissements du réseau institutionnel et avec l'intersectoriel (Tableau 4).

Tableau 4
Dimensions corrélées à ententes formelles

Variables	**Ententes formelles avec OCSM**		**Ententes formelles avec réseau institutionnel**		**Ententes formelles avec intersectoriels**	
	r	p	r	p	r	p
Ententes formelles avec OCSM	1		.408	< 0.001**	.186	0.001**
Ententes formelles avec institutionnel	.408	< 0.001**	1		.289	< 0.001**
Ententes formelles avec intersectoriel	.186	0.001**	.289	< 0.001**	1	
Étendue du territoire couvert	.146	0.008**	.030	0.589	.063	0.257
Participation à table de concertation locale	.033	0.563	.015	0.790	.144	0.012*
Participation à comités	.108	0.058	.042	0.459	.129	0.024*
Membre du RRASMQ	-.132	0.016*	-.235	< 0.001**	-.135	0.014*
Membre de l'ACSM	-.140	0.010*	-.100	0.069	-.018	0.751
Membre de la FAPAMM	-.030	0.582	.051	0.330	-.111	0.045*
Membre de l'AGIDD	-.111	0.066	-139	0.012*	-.117	0.033*
	Khi2	**p**	**Khi2**	**p**	**Khi2**	**p**
Budget[a]	5,936	0.015*	7,933	0,005**	4,930	0.026*

* p < 0.05
** p > 0.01
a Test de Kruskal-Wallis

D'autres dimensions influencent la formalisation des relations inter-organisationnelles (Tableau 4). Les organismes qui couvrent un plus vaste territoire ont d'avantage d'ententes formelles avec d'autres OCSM. Une corrélation est aussi observée entre la participation à une table de concertation locale, ou à un comité de travail, et les ententes formelles avec l'intersectoriel. Inversement, les ententes formelles sont moins fréquentes chez les membres d'un regroupement provincial. Une corrélation a finalement été observée entre l'importance du budget et les ententes formelles avec les organismes du réseau institutionnel, les autres OCSM et l'intersectoriel.

Discussion

Cette étude établit un portrait de l'ensemble des OCSM au Québec, basé sur une typologie des ressources. Elle vise de plus à mieux comprendre le rôle et la dynamique partenariale des OCSM afin d'orienter les réformes en cours.

L'étude a constaté l'existence de quatre périodes charnières dans la fondation des OCSM. Avant 1981, n'existaient que quelques OCSM, fondés pour la plupart dans la mouvance de la psychiatrie communautaire des années 1960-70 (Lecomte et Gagné, 2000). La période comprise entre 1982 et 1988 marque un début de reconnaissance des OCSM par le MSSS (White, 1993 ; Lamoureux, 1994). Les types d'OCSM priorisés (centres de crise, ressources d'hébergement et organismes de suivi) facilitaient la désinstitutionalisation ou le désengorgement des urgences. La période comprise entre 1989 et 1998 a été marquée par l'adoption en 1989 de la *Politique de la santé mentale*, et la reconnaissance officielle en 1991 des OC par l'adoption du projet de loi 120 (Fleury et Grenier, 2004). Elle constitue l'âge d'or des OCSM. Enfin, les transformations des années 1999-2004, pour améliorer la cohérence et l'intégration du dispositif de soins, ont peu favorisé l'émergence de nouvelles ressources. Le contexte actuel semble prioriser le renforcement des OCSM existants et une répartition des tâches entre les différents dispensateurs de services.

L'étude illustre la diversité des OCSM et l'étendue de la gamme de services offerts aux personnes aux prises avec des troubles de santé mentale. La diversité des services est plus prévalente chez les membres de l'ACSM et du RRASMQ. L'approche globalisante propre à ces ressources peut expliquer ce phénomène. Elles ont créé des services qui répondent à l'ensemble des besoins psychosociaux de leurs membres, ce qui comble les lacunes des services dispensés par le secteur institutionnel. L'émergence des services répondait aussi à l'insatisfaction à

l'égard des approches dominantes (Corin, 2000). Les OCSM ont soutenu le rétablissement des personnes dans leur globalité, au-delà de la médication, par des services d'aide à l'acquisition d'un logement, d'un travail, d'un réseau social et des services de promotion de l'estime de soi (Goldstrom et al., 2006).

L'étude a également constaté que plus de la moitié des OCSM possèdent des mandats sous-régionaux ou régionaux. Si cette situation multiplie les possibilités de partenariats avec les établissements du réseau institutionnel, elle est également source de problèmes pour les OCSM appelés à collaborer avec plusieurs CSSS aux pratiques souvent très différentes, et inscrits dans plusieurs réseaux locaux de services. Comme la participation aux nombreuses instances de concertation nécessite un temps considérable non consacré au travail auprès de la clientèle, certains OCSM choisissent sans doute de s'impliquer dans un nombre réduit de réseaux où se retrouvent les partenaires avec qui ils partagent le plus d'affinités.

L'étude met aussi en évidence le financement majoritairement étatique (près de 80 %) des OCSM. Seules les ressources d'hébergement, d'aide aux familles et aux proches et d'intégration au travail [15], s'autofinancent à un degré appréciable. Si le financement étatique garantit la survie de la plupart des OCSM, il crée aussi beaucoup de frustration et un climat de compétition entre les organismes. La préparation des formulaires de subventions et la recherche de nouvelles sources de financement nécessitent énormément de temps et d'énergie. Cette situation est exacerbée pour les petits organismes qui sont les plus vulnérables aux conditions de financement. En raison de leurs ressources financières limitées, plusieurs d'entre eux n'offrent pas à leurs employés qualifiés des salaires et des conditions de travail qui favorisent leur rétention. Il en résulte plusieurs départs, surtout en faveur du réseau institutionnel, et une perte d'expertise (RRNISMQ, 2004). Par ailleurs, les subventions gouvernementales attribuées dans le cadre d'ententes de services, de programmes ou de projets, généralement non récurrentes, obligent les OCSM à modeler leurs activités selon des philosophies d'intervention souvent très distinctes de la leur (Duval et al., 2005). Plusieurs OCSM craignent d'être réduit à l'état de sous-traitants du réseau institutionnel. Globalement, la question du financement place les OCSM dans une situation paradoxale face à l'État. Tout en dépendant financièrement de ce dernier, la plupart des OCSM craignent que la question du financement soit exigée pour exercer un droit de regard de plus en plus important sur leurs pratiques et leur fonctionnement interne. D'où leur méfiance à l'égard de toute réforme susceptible

d'intégrer davantage les OCSM dans une logique de complémentarité de services.

Finalement, l'étude démontre que les OCSM sont désormais des partenaires incontournables du réseau de la santé mentale. Ils ont développé des relations inter-organisationnelles multiples et diversifiées. Les membres de l'ACSM, que Emerick (1990) définirait comme « modérés », ont développé le plus de partenariats avec les autres OCSM, les OC des autres secteurs, et les réseaux institutionnels et intersectoriels. Les groupes d'aide aux familles et aux proches, qualifiés de « conservateurs », entretiennent davantage de liens avec le réseau institutionnel que les groupes de défense des droits, plus « radicaux ». Mais contrairement à ce qu'on aurait pu croire, les membres du RRASMQ, également plus « radicaux », entretiennent plusieurs relations partenariales avec les réseaux institutionnels et intersectoriels.

Globalement, ces résultats soutiennent que le partenariat entre les réseaux communautaires, institutionnels et intersectoriels est bien ancré dans les mœurs (Kessler et al., 1997 ; Hodges et al., 2006). Cependant, ce partenariat demeure très majoritairement de type informel. Bien qu'essentiel, ce type de relation basé sur la confiance et la bonne volonté des individus a pour principal défaut d'être particulièrement sensible aux départs des personnes qui l'ont initié. Malgré vingt ans de partenariat avec le réseau institutionnel, la grande majorité des OCSM continuent à craindre qu'une formalisation des relations provoque une perte de leur autonomie. Cette crainte est particulièrement manifeste chez les membres des grands regroupements provinciaux, et chez les OCSM les plus démunis financièrement. Seuls les organismes les mieux nantis, tels les centres régionaux de crise, les grandes ressources d'hébergement ou les organismes d'intégration au travail, qui couvrent un vaste territoire et offrent des services plus professionnalisés, semblent posséder suffisamment d'assurance pour signer des ententes formelles avec les organisations des réseaux institutionnels, communautaires et intersectoriels, sans craindre de perdre leurs spécificité culturelle. De telles ententes, qui visent en général une clientèle bien déterminée, sont possibles dans la mesure où des rapports égalitaires existent entre les partenaires, et que chacun d'eux reconnaît l'expertise et l'importance du travail de l'ensemble. Nos travaux antérieurs (Fleury et al., 2004) ont souligné une plus grande adéquation de l'aide offerte aux usagers pour leurs besoins dans les territoires où les rapports entre les organismes des réseaux institutionnels et communautaires sont les plus égalitaires.

Conclusion

Cette étude a permis de mettre en lumière l'importance et le dynamisme des OCSM dans le système de santé mentale québécois. Après avoir obtenu une reconnaissance du MSSS au tournant des années 1980-1990, les OCSM semblent avoir atteint le stade de la maturité et même d'une certaine institutionnalisation. On peut émettre l'hypothèse que les réformes en cours, encourageant le déploiement de réseaux locaux de services et la consolidation des soins primaires, favoriseront une nouvelle vague de questionnements du rôle des partenaires et de leurs liens de coordination, en vue d'assumer une meilleure intégration et qualité des services à la population. L'actuel processus d'élaboration des projets cliniques et organisationnels offre une opportunité d'accroître et d'uniformiser la collaboration entre les réseaux institutionnels et communautaires. Dans cette optique, différentes stratégies qui ont démontré leur efficacité (formation inter-organisationnelle ; grille commune d'évaluation des besoins) pourraient être davantage développées en vue d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la complémentarité des services (Fleury et al., 2006). Enfin, la question de l'autonomie des OCSM et leur degré de financement demeurent un enjeu crucial, leurs balises demandant à être mieux définies, d'autant plus s'ils assument des fonctions dont le niveau d'expertise est comparable à celui du milieu institutionnel.

Notes

1. Cette prolifération des OCSM n'est pas un phénomène exclusivement québécois. En 2002, une enquête américaine estimait à 7,467 le nombre d'OCSM dirigés par des usagers ou par leurs familles aux États-Unis, contre 4,546 organisations du réseau institutionnel (Goldstrom et al., 2006, 92). Les organismes de sensibilisation à la santé mentale regroupaient plus d'un million de membres, tandis que les organismes de services dirigés par des usagers offraient des services à 534,551 clients.

2. Certains regroupements régionaux d'OCSM ont récemment dressé un profil de leurs membres. C'est le cas du Réseau alternatif et communautaire des organismes en santé mentale de l'Île de Montréal (RACOR, 2002) et du Regroupement des ressources non institutionnelles en santé mentale de Québec (RRNISMQ, 2004).

3. Les principales spécificités culturelles des OCSM rapportées sont les suivantes : interventions novatrices, adaptées aux besoins individuels ; approche globale qui favorise l'appropriation du pouvoir ; rapports égalitaires entre usager et intervenant ; contestation du monopole exercée par la perspective biomédicale (White et al., 1991 ; Nelson et al., 1998 ; Lecomte et al., 2000 ; Rodriguez et al., 2006).

4. Les OCSM facilitent le rétablissement des usagers en développant leur confiance en soi et leurs aptitudes à communiquer avec les autres (Davidson et al., 2006 ; Mowbray et al., 2003). Ils favorisent aussi le déploiement d'un réseau social (Forchuk et al., 2005), une amélioration de la qualité de vie, ainsi qu'une diminution des symptômes (Davidson et al., 1999) et de la stigmatisation (Salzer, 1997 ; Solomon, 2004, 396).

5. La littérature sur le sujet est imposante. Citons ici Guay 1991 ; Duperré, 1992 ; White et al., 1992 ; Lamoureux, 1994 ; Mercier et al., 1995 ; Perreault et al., 1999 ; Leatt et al., 2000 ; Carrière, 2001 ; Kates, 2002 ; Fleury ; 2005.

6. Cette typologie est grosso modo celle utilisée par le MSSS, les Agences régionales et les regroupements d'OCSM.

7. 1) année et contexte de fondation de l'organisme ; 2) mission ; 3) territoires couverts ; 4) horaire d'ouverture ; 5) gouverne ; 6) nombre d'employés et de bénévoles ; 7) types et nombre de services offerts ; 8) activités ; 9) profil de la clientèle (par exemple, sexe, diagnostic) ; 10) outils cliniques utilisés (par exemple, guide d'intervention et de formation) ; 11) profil financier ; 12) regroupements dont fait partie l'organisme ; 13) participation à table de concertation, comités, etc. ; 14) relations partenariales.

8. Le questionnaire a fait l'objet d'un pré-test auprès de huit OCSM et comprenait 183 items répartis en huit sections : 1) information sur le répondant ; 2) territoires couverts par l'organisme ; 3) profils des organismes ; 4) fonctionnement interne ; 5) profil de la clientèle ; 6) références ; 7) accessibilité aux services de santé mentale ; 8) évolution au cours de la dernière année des services de santé mentale. Le taux de réponse fut de 61).

9. Sont définies ici comme relations formelles, toutes relations qui reposent sur un contrat écrit entre deux ou plusieurs organismes. Tous les autres types de relations (présence à des tables de concertation, participation à des colloques inter-organisationnels, échanges d'information ponctuelles sur usagers, etc.) sont définis comme étant de nature informelle.

10. Étaient considérés comme ayant un mandat sous-régional tout OCSM qui couvrait deux territoires de CLSC ou plus.

11. Précisons que depuis la conclusion de cette recherche, plusieurs de ces OCSM possèdent désormais un mandat local. En effet, la loi 83 (MSSS, 2003 ; 2005) a institutionnalisé 95 réseaux locaux, dont certains couvrent plusieurs territoires de CLSC.

12. Dans certaines régions du Québec, les services d'intégration au travail sont offerts par des organismes offrant un milieu de vie.

13. En raison de la petitesse des groupes, il est impossible de découvrir des différences significatives entre ces derniers par l'utilisation du Khi carré ou d'un autre test statistique.

14. Depuis la finalisation de notre recherche, le nombre de partenaires du réseau institutionnel s'est sans doute considérablement amoindri. En effet, plusieurs Centres hospitaliers et CLSC ont été fusionnés pour constituer les Centres de santé et de services sociaux (CSSS).

15. Les ressources d'hébergement demandent un certain montant d'argent de leurs pensionnaires pour le loyer et les psychothérapies. Les organismes qui offrent de l'aide aux familles et aux proches s'autofinancent principalement par la tenue de conférences payantes. Enfin, les organismes d'intégration au travail parviennent à s'autofinancer en partie par la vente de biens et de services.

Références

ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE (ACSM), Filiale de Montréal, 2004, *Répertoire des ressources de santé mentale du Montréal métropolitain*, 9e édition, Montréal, ACSM.

BURTI, L., AMADDEO, F., AMBROSI, M., BONETTO, C., CRISTOFALO, D., RUGGERI, M., TANSELLA, M., 2005, Does additional care provided by a consumer self-help group improve psychiatric outcome ? A study in an Italian community-based psychiatric service, *Community Mental Health Journal*, 41, 6, 705-720.

CARRIÈRE, M., 2001, Le partenariat dans le champ des troubles mentaux dix ans après la politique de santé mentale, *Santé mentale au Québec*, 26, 1, 216-241.

CORIN, E., 2000, Le paysage de l'alternatif dans le champ des thérapies, in Lecomte, Y., Gagné, J., éds., *Les ressources alternatives de traitement*, Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec et Santé mentale au Québec, 11-30.

DAVIDSON, L., CHINMAN, M., KLOOS, B., WEINGATEN, R., STAYNER, D., TEBES, J. K., 1999, Peer support among individuals with severe mental illness : A review of the evidence, *Clinical Psychology : Science and Practice*, 6, 2, 165-187.

DAVIDSON, L., CHINMAN, M., SELLS, D., ROWE, M., 2006, Peer support among adults with serious mental illness : A report from the field, *Schizophrenia Bulletin*, 32, 3, 443-450.

DUPERRÉ, M., 1992, Du discours à la réalité dans le partenariat public-communautaire en santé mentale : une expérience au Saguenay-Lac-Saint-Jean, *Nouvelles Pratiques sociales*, 5, 2, 131-146.

DUVAL, M., FONTAINE, A., FOURNIER, D., GARON, S., RENÉ, J.-F., 2005, *Les organismes communautaires au Québec, Pratiques et enjeux*, Gaëtan Morin Éditeur.

EMERICK, R. E., 1990, Self-help groups for former patients : relations with mental health professionals, *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 4, 401-407.

FLEURY, M.-J., GRENIER, G., OUADAHI, Y., 2006, Les réseaux intégrés de services : notion, modélisations et mise en œuvre, in Fleury, M.-J., Tremblay, M., Nguyen, H., Bordeleau, L., éds., *Le système sociosanitaire au Québec, Régulation, gouvernance et participation*, Gaëtan Morin éditeur, Montréal, 159-178.

FLEURY, M.-J., 2005, Models of integrated service networks and key conditions for their operationalization, *International Journal of Integrated Care*, 5, 1-14.

FLEURY, M.-J., MERCIER, C., LESAGE, A., OUADAHI, Y., GRENIER, G., AUBÉ, D., PERREAULT, M., POIRIER, L. R., 2004, *Réseaux intégrés de services et réponse aux besoins*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Ottawa.

FLEURY, M.-J., GRENIER, G, 2004, Historique et enjeux du système de santé mentale, *Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé*, 10, 1, 21-38.

FORCHUK, C., MARTIN, M.-L., CHAN, Y.-C.L., JENSEN, E., 2005, Therapeutic relationships : from psychiatric hospital to community, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 556-564.

GAGNÉ, J., 1996, L'approche alternative en santé mentale, *Nouvelles Pratiques sociales*, 9, 2, 137-146.

GOERING, P., DURBIN, J., SHELDON, C.T., OCHOCKA, J., NELSON, G., KRUPA, T., 2006, Who uses consumer-run self-help organizations ?, *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 3, 367-373.

GOLDSTROM, I. D., CAMPBELL, J., ROGERS, J. A., LAMBERT, D. B., BLACKLOW, B., HENDERSON, M. J., MANDERCHEID, R. W., 2006, National estimates for mental health mutual support groups, self-help organizations, and consumer-operated services, *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33, 1, 92-103.

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

HODGES, J.Q., HARDIMAN, E. R., 2006, Promoting healthy organizational partnerships and collaboration between consumer-run and community

mental health agencies, *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33, 3, 267-78.

HODGES, J., MARKWARD, M., KEELE, C., EVANS, C., 2003, Use of self-help services and consumer satisfaction with professional mental health services, *Psychiatric Services*, 54, 1161-1163.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ), 2002, *Le Québec statistique*, Gouvernement du Québec.

KATES, N., 2002, Nouvelles approches. Collaboration entre dispensateurs de soins primaires et de santé mentale, *Santé mentale au Québec*, 27, 2, 93-108.

KESSLER, R. C., MICKELSON, K. D., ZHAO, S., 1997, Patterns and correlates of self-help group membership in the United States, *Social Policy*, 27, 3, 27-46.

LAMOUREUX, J., 1994, *Le partenariat à l'épreuve*, Éditions Saint-Martin, Montréal.

LAVOIE, F., STEWART, M., 1995, Les groupes d'entraide et les groupes de soutien : une perspective canadienne, *Revue canadienne de santé mentale communautaire/Canadian Journal of Community Mental Health*, 14, 2, 13-21.

LEATT, P., PINK, G. H., GUERRIERE, M., 2000, Towards a Canadian model of integrated healthcare, *Healthcare Papers*, 1, 2, 13-37.

LECOMTE, Y., GAGNÉ, J., 2000, *Les ressources alternatives de traitement*, Regroupement des ressources alternatives en santé du Québec et Santé mentale au Québec.

MERCIER, C., WHITE, D., 1995, La politique de santé mentale et la communautarisation des services, *Santé mentale au Québec*, 20, 1, 17-30.

MOWBRAY, C., MOXLEY, D., 1997, A framework for organizing consumer roles as providers of psychiatric rehabilitation, in Mowbray, C., Moxley, D., Jasper, C., Howell, L., eds., C*onsumers as Providers in Psychiatric Rehabilitation*, International Association of Psychosocial Rehabilitation Services, Columbia, MD, 35-44.

MOWBRAY, C., NICHOLSON, J., BELLAMY, C., 2003, Psychosocial rehabilitation needs of women, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 104-113.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), 2005, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*, Gouvernement du Québec.

MSSS, 2007, I*NFO.ORG.COM. Statistiques sur les montants subventionnés aux OC*, Gouvernement du Québec.

NELSON, G., OCHOCKA, J., GRIFFIN, K., LORD, J., 1998, "Nothing about me, without me" : Participary action research with self-help/mutual aid organizations for psychiatric consumer/survivor, *American Journal of Community Psychology*, 26, 6, 881-912.

PERREAULT, M., BERNIER, J., TARDIF, H., MERCIER, C., 1999, L'intégration des services de santé mentale de première ligne. Étude du modèle développé à la clinique communautaire de Pointe-St-Charles, *Santé mentale au Québec*, 24, 2, 28-51.

REGROUPEMENT DES RESSOURCES NON-INSTITUTIONNELLES EN SANTÉ MENTALE DE QUÉBEC (RRNISMQ), 2004, *Profil et situation des organismes membres du Regroupement, Analyse diagnostique*, RRNISMQ.

RÉSEAU ALTERNATIF ET COMMUNAUTAIRE DES ORGANISMES EN SANTÉ MENTALE DE L'ÎLE DE MONTRÉAL (RACOR), 2002, *Profil et situation des organismes communautaires et alternatifs membres du RACOR en santé mentale, Analyse diagnostique*, Montréal, RACOR.

ROBERGE, M.-C. WHITE, D., 2000, L'ailleurs et l'autrement des pratiques communautaires en santé mentale au Québec, *Revue canadienne de santé mentale communautaire/Canadian Journal of Community Mental Health*, 19, 2, 31-56.

RODRIGUEZ, L., BOURGEOIS, L., LANDRY, Y., GUAY L., PINARD, J.-L., 2006, *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté, Changer de perspective*, Presses de l'Université du Québec.

ROUSSEAU, C., 1993, Community empowerment : The alternative resources movement in Quebec, *Community Mental Health Journal*, 29, 6, 535-546.

SALZER, M., 1997, Consumer empowerment in mental health organizations : Concept, benefits, and impediments, *Administration and Policy in Mental Health*, 24, 281-288.

SEGAL, S. P., HARDIMAN, E. R., HODGES, J. Q., 2002, Characteristics of new clients at self-help and community mental health agencies in geographic proximity, *Psychiatric Services*, 53, 9, 1145-1152.

SEGAL, S. P., HODGES, J. Q., HARDIMAN, E. R., 2002a, Factors in decisions to seek help from self-help and co-located community mental health agencies, *American Journal of Orthopsychiatry*, 27, 2, 241-249.

SOLOMON, P., 2004, Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 4, 392-401.

WALLOT, H., 1999, Évaluation du potentiel de ressources communautaires en santé mentale, *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 1, 48-56.

WHITE, D., MERCIER, C., 1991, Coordinating community and public-institutional mental health services : Some unintended consequences, *Social Science and Medicine*, 33, 6, 729-739.

WHITE, D., MERCIER C., DORVIL, H., JUTEAU, L., 1992, Les pratiques de concertation de santé en santé mentale : trois modèles, *Nouvelles Pratiques sociales*, 5, 1, 77-93.

WHITE, D., 1993, Les processus de réforme et la structuration locale des systèmes. Le cas des réformes dans le domaine de la santé mentale au Québec, *Sociologie et société*, 25, 77-97.

ABSTRACT

Mental health community organizations in Québec: role and partnership models

This study presents a global picture of the 371 government funded community-based mental health organizations (OCSM) and provides a description of the partnerships developed with community, institutional and inter-sector networks. The authors examine the diversity of the mental health community organizations based on the following characteristics: date of foundation, type and extent of territory, type and number of services offered, financial statement; participation in associations, participation in steering committees and models of partnership. The surface area of the territory, the size of the budget as well as involvement in steering committees appear to be enabling factors favouring the development of relations between organizations.

RESUMEN

Los organismos comunitarios de salud mental en Quebec: papel y dinámica de asociación

Este estudio presenta una semblanza global de los 371 organismos comunitarios de salud mental (OCSM) subvencionados por el Estado quebequense durante el año 2003-2004, y pone en evidencia su dinámica de asociación con las redes comunitaria, institucional e intersectorial. Los autores abordan la diversidad de los OCSM a partir de los aspectos siguientes: período de fundación del organismo, tipo y extensión del territorio cubierto, tipo y cantidad de servicios ofrecidos, perfil financiero, reagrupamientos y asociaciones, mesas de concertación y relaciones de asociación. La extensión del territorio, la importancia del presupuesto y la participación en una mesa de concertación local y en comités de trabajo parecen condiciones que favorecen la formalización de las relaciones organizacionales.

RESUMO

Os organismos comunitários em saúde mental no Quebec: papel e dinâmica de parceria

Este estudo apresenta um perfil global dos 371 organismos comunitários em saúde mental (OCSM) subvencionados pelo Estado quebequense durante o ano 2003-2004, e relata sua dinâmica de parceria com as redes comunitária, institucional e intersetorial. Os autores abordam a diversidade dos OCSM a partir das seguintes dimensões: período de fundação do organismo, tipo e abrangência do território coberto, tipo e quantidade de serviços prestados, perfil financeiro, agrupamento e associações, comitês consultivos e relações de parceria. A abrangência do território, a importância do orçamento e a participação em um comitê consultivo local e em comitês de trabalho demonstram ser condições que favorecem a formalização das relações organizacionais.