

Les pratiques de concertation en santé mentale : trois modèles

Deena White, Céline Mercier, Henri Dorvil et Lili Juteau

Volume 5, numéro 1, printemps 1992

Santé mentale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/301159ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/301159ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (imprimé)

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

White, D., Mercier, C., Dorvil, H. & Juteau, L. (1992). Les pratiques de concertation en santé mentale : trois modèles. *Nouvelles pratiques sociales*, 5(1), 77–93. <https://doi.org/10.7202/301159ar>

Résumé de l'article

Un aspect majeur des récentes politiques québécoises concernant le système de santé, et le système de santé mentale en particulier, réside dans l'encouragement à la « concertation » entre partenaires : établissements du réseau, organismes communautaires, personnes dispensant des soins sur une base formelle et informelle, et bénéficiaires. Mais concertation pour quoi faire ? À partir d'une recherche exploratoire dans trois sous-régions de Montréal, nous décrivons et analysons différentes pratiques de concertation mises en oeuvre par les intervenants sur le terrain. Nous faisons l'hypothèse que les pratiques dans chacune des trois sous-régions révèlent une cohérence propre et des caractéristiques distinctives, selon la configuration des ressources de la sous-région, mais aussi selon le modèle de concertation envisagé par les « partenaires » dominants dans la sous-région. Or, nous avons identifié trois modèles de concertation.



Les pratiques de concertation en santé mentale : trois modèles

Deena WHITE
Département de sociologie
Université de Montréal

Céline MERCIER
Unité de recherche psychosociale
Centre hospitalier Douglas

Henri DORVIL
Département de travail social
Université du Québec à Montréal

Lili JUTEAU
Groupe de recherche sur les aspects sociaux
de la prévention (GRASP)
Université de Montréal

Un aspect majeur des récentes politiques québécoises concernant le système de santé, et le système de santé mentale en particulier, réside dans l'encouragement à la « concertation » entre partenaires : établissements du réseau, organismes communautaires, personnes dispensant des soins sur une base formelle et informelle, et bénéficiaires. Mais concertation pour quoi faire ? À partir d'une recherche exploratoire dans trois sous-régions

de Montréal, nous décrivons et analysons différentes pratiques de concertation mises en œuvre par les intervenants sur le terrain. Nous faisons l'hypothèse que les pratiques dans chacune des trois sous-régions révèlent une cohérence propre et des caractéristiques distinctives, selon la configuration des ressources de la sous-région, mais aussi selon le modèle de concertation envisagé par les « partenaires » dominants dans la sous-région. Or, nous avons identifié trois modèles de concertation.

Un aspect majeur des récentes politiques québécoises sur le système de santé, et sur le système de santé mentale en particulier, réside dans l'encouragement à la « concertation » entre partenaires : établissements du réseau, organismes communautaires, personnes dispensant des soins sur une base formelle et informelle, et bénéficiaires. Déjà cette orientation du projet de politique en santé mentale se reflétait dans son titre : *Pour un partenariat élargi*. On y mentionnait :

Le développement du partenariat implique une mobilisation concertée de la personne, de ses proches et des intervenants, des intervenants entre eux, des ressources publiques et de celles du milieu (Harnois, 1987 : 4).

Le Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux avait aussi retenu l'idée de la « concertation » intersectorielle comme élément de solution à la discontinuité des services (1988 : 482). La politique de santé mentale retient ce principe de « la mobilisation concertée de la personne, de ses proches, des intervenants, de la communauté, des ressources publiques et de celles du milieu » (Gouvernement du Québec, 1989 : 26). Le Livre blanc du ministre Côté vise aussi des mesures pour accroître la concertation (Côté, 1990 : 69).

Devant ces appels répétés à la concertation, on peut se demander s'il ne s'agit pas là seulement d'une autre forme discursive et administrative de gestion des organismes et des interventions dans le champ de la santé, ou si la concertation reflète une réalité vivante sur le terrain, susceptible d'influencer la prestation des services et le vécu des bénéficiaires. Dans cet article, nous nous interrogeons sur les pratiques de concertation sur le terrain en vue de les décrire et d'observer leurs effets potentiels.

Pour mieux comprendre les pratiques et les formes que revêt la concertation dans l'intervention directe, nous avons effectué une recherche dans trois sous-régions de Montréal. L'objectif de cette recherche exploratoire est de décrire et d'analyser différentes pratiques de concertation interorganisationnelle et interprofessionnelle sur le terrain. Nous avons émis l'hypothèse que les pratiques dans chacune des trois sous-régions révéleraient une cohérence propre et des caractéristiques distinctives, selon la configuration des ressources de la sous-région, mais aussi selon le modèle de

concertation envisagé par les « partenaires » dominants dans la sous-région. Notre but était de dégager trois « idéaux-types » de concertation, trois conceptualisations construites à partir de la réalité (Weber, 1978).

Dans le domaine des relations industrielles, où le concept a d'abord été utilisé, la concertation vise à réduire les revendications contradictoires des acteurs clés auprès du gouvernement (Bélanger, 1988). Dans le domaine de la santé en général et de la santé mentale en particulier, l'objectif dans ce dernier domaine semble toujours l'établissement d'un consensus. Cependant, au lieu de chercher à éliminer les revendications contradictoires, on cherche plutôt à réduire les comportements cloisonnés des organisations et des professionnels impliqués dans l'intervention, de transcender les frictions autour des diverses philosophies d'intervention en santé mentale et de dépasser les stratégies conflictuelles. Bref, on cherche à tisser la trame d'une coopération interorganisationnelle et interprofessionnelle, afin de surmonter les obstacles à la prestation d'un support continu et compréhensif aux personnes qui ont des problèmes de santé physique, mentale ou des difficultés sociales.

Suivant cette proposition, nous faisons l'hypothèse que la réussite ou l'échec de la concertation n'apparaîtrait pas aux tables de concertation où se retrouvent un nombre restreint de décideurs, de planificateurs, de coordonnateurs ou d'intervenants pour discuter des points de différence et de convergence et pour arriver à un consensus. La mesure de la réussite ou de l'échec de la concertation serait plutôt observable sur le terrain, dans les formes de coopération qui se tissent entre intervenants provenant de différents organismes, de différentes professions et de différents courants idéologiques, et qui se concertent autour des problèmes particuliers vécus par leurs clients.

Cette concertation sur le terrain est certes fonction en bonne partie de la structuration des rapports interorganisationnels et interprofessionnels sur le territoire, c'est-à-dire des acteurs collectifs en présence, de leurs intérêts, de leurs discours et de leurs moyens respectifs, et finalement de la dynamique de leurs rapports de force. Cependant, nous ne sommes pas directement concernés par ce niveau plus structurel des relations, phénomène plus visible aux tables de concertation. Nous nous intéressons plutôt aux conséquences de cette structuration sur le comportement des intervenants de première ligne et, ultimement, sur les clients.

NOTRE DÉMARCHE : UNE ÉTUDE DE TROIS SOUS-RÉGIONS MONTRÉALAISES

Afin de mieux comprendre les pratiques et les formes que revêt la concertation sur le terrain, nous avons effectué une recherche exploratoire

dans trois sous-régions de Montréal¹. À partir de l'hypothèse suivant laquelle les pratiques d'intervention vont découler de la structuration des rapports interorganisationnels et interprofessionnels dans un territoire, la première étape de la recherche a consisté à définir les trois modèles, ou idéaux-types, de structuration de ces rapports dans les sous-régions étudiées.

Après avoir effectué une douzaine d'entrevues avec des coordonnateurs du développement de ressources communautaires en santé mentale des six sous-régions de Montréal², ainsi qu'avec d'autres informateurs clés dans le domaine, le choix des sous-régions s'est arrêté sur le Sud-Ouest, le Centre-Est et l'Est, étant donné les différences et les similitudes que présentent ces sous-régions.

Comme l'illustre le tableau 1, les trois sous-régions retenues présentent des contrastes tant au plan démographique, au plan des ressources en santé mentale qu'au plan des budgets dont elles disposent. De ces trois sous-régions, le Sud-Ouest est la moins peuplée et celle qui compte le moins de ressources en santé mentale. Cependant, cette sous-région abrite un important centre hospitalier psychiatrique, et les ressources alternatives y sont proportionnellement bien représentées par rapport à celles du réseau public.

TABLEAU 1

Territoire du DSC	Sud-Ouest Verdun	Est Maisonneuve- Rosemont	Centre-Est St-Luc
Population 1986	180 872	403 628	242 422
% population de Mtl ³	9 %	20 %	12 %
Statut socio-économique ⁴	7,63	6,92	9,13
Écart type	(m/m-bas)* (2)	(moyen) (1,45)	(m/m-bas)* (1,03)

* m/m-bas = moyen/moyen-bas

1. WHITE, RENAUD, DORVIL et MERCIER (1991). Les chercheurs remercient le CQRS pour les fonds qui ont rendu possible cette recherche (projet n° RS-1465 MSS SM).
2. Les sous-régions correspondent aux territoires de DSC, exceptées deux sous-régions non retenues pour cette étude qui comprennent deux territoires de DSC chacune.
3. MAYER-RENAUD et RENAUD (1989).
4. MAYER-RENAUD et RENAUD (1989). L'indice de statut socio-économique (ISSE) : 0 : une dévalorisation nulle; 12 : une défavorisation extrême.

Nombre d'hôpitaux psychiatriques	1	3	0
Lits en psychiatrie (hôpitaux généraux) ⁵	914	3 592	0
Nombre d'hôpitaux généraux avec départements de psychiatrie	0	1	5 ⁶
Lits en psychiatrie (hôpitaux généraux)	0	68	235
CLSC avec programme en santé mentale	2	7	3
Ressources communautaires et alternatives en santé mentale ⁷	6	3	10
Structures intermédiaires ⁸	0	8	3
Lits en familles d'accueil	117 ⁹	519 ¹⁰	0
Lits en pavillons et centres d'accueil ¹¹	0	338	74
Ressources financières ¹² (% total de Mtl)	28 196 000 \$ 14 %	62 125 000 \$ 30,9 %	10 243 000 \$ 9,6 %
Dépenses per capita	155,18 \$	151,05 \$	79,55 \$

-
5. CRSSS-MM (1989). Sont inclus les lits de courte et longue durée, d'hébergement et de réadaptation.
 6. Deux hôpitaux font partie du territoire du DSC Montreal General Hospital, mais sont toutefois associés à la sous-région Centre-Est en ce qui a trait à la santé mentale.
 7. Comités aviseurs des trois sous-régions, 1990. Les ressources communautaires et alternatives sont des organismes sans but lucratif (OSBL) autonomes.
 8. Comités aviseurs des trois sous-régions, 1990. Les structures intermédiaires sont des OSBL ayant des contrats exclusifs avec des institutions.
 9. Communication personnelle d'André Bigué du Centre hospitalier Douglas. Nombre approximatif en 1990.
 10. Document de travail de Chantal Perreault intitulé *Ressources en hébergement pour clientèle adulte psychiatrique sur le territoire du DSC Maisonneuve-Rosemont*.
 11. Chiffres tirés des travaux d'inventaire dans le cadre du développement du PROS, CRSSSMM.
 12. CRSSSMM, mars 1990.

L'Est, au contraire, constitue la sous-région la plus vaste et la plus peuplée, et abrite le plus de ressources en santé mentale. On y trouve le plus important centre hospitalier psychiatrique du Québec (1 950 lits), ainsi que deux autres. Les ressources du réseau public, incluant les structures intermédiaires, y sont prédominantes par rapport aux ressources communautaires alternatives et communautaires. Finalement, le Centre-Est se distingue par une population plus hétéroclite que celle des deux autres sous-régions, sans doute en raison de sa localisation au centre-ville de la métropole. L'absence d'établissement à vocation exclusivement psychiatrique est compensée par plusieurs hôpitaux généraux pourvus d'un département de psychiatrie. Comme dans le Sud-Ouest, on trouve aussi dans le Centre-Est une importante concentration d'organismes communautaires.

Ces trois sous-régions se classent aux trois premiers rangs des zones les plus défavorisées de Montréal (Mayer-Renaud et Renaud, 1989). Le Sud-Ouest et l'Est, zones à dominance industrielle, ont toutes deux connu depuis les années 70 un déclin économique qui a entraîné de lourdes pertes d'emploi. Cependant, c'est le Centre-Est qui est le plus fortement touché par la pauvreté.

Pour documenter les formes de pratiques concertées sur le terrain dans la seconde étape de la recherche, nous avons réalisé des interviews semi-structurées avec quarante-cinq intervenants de professions différentes œuvrant dans les trois sous-régions retenues. Les répondants ont été sélectionnés en fonction de leur appartenance à des types d'organisme différents (hôpital, CLSC, ressource communautaire, structure intermédiaire), à des professions différentes et à des sous-régions données. Ils ont répondu à une grille d'entrevue comportant des questions ouvertes d'une durée approximative de deux heures. Les thèmes abordés incluaient des informations générales sur l'organisme et les pratiques du répondant, et sur la nature des liens maintenus avec d'autres intervenants et d'autres organismes. Le répondant était également invité à répondre à des mises en situation présentées sous forme de deux vignettes. Chacune de ces vignettes illustrait une problématique type et le répondant devait indiquer les consultations auprès d'autres types d'intervenants, et les références vers d'autres organismes ou intervenants pouvant être données pendant et à la fin de l'intervention à une personne ayant ce type de problème.

LES TRAITES GÉNÉRAUX DE LA CONCERTATION SUR LE TERRAIN

Les entrevues ont révélé que les rapports interorganisationnels se concrétisent de multiples façons dans toutes les sous-régions. La nature des rapports peut nécessiter des rencontres directes (face à face ou par téléphone) entre les intervenants de différents organismes, mais aussi prendre des formes moins directes, comme par exemple lorsqu'on informe les usagers sur les services offerts par d'autres ressources. Il est fréquent que deux ou plusieurs intervenants de ressources différentes, tant du secteur public que communautaire, se consultent et conviennent de suivre conjointement un usager. D'autres rapports reposent sur des liens plus formels, où les intervenants communiquent entre eux uniquement dans des cadres précis et à intervalles réguliers prévus à cette fin. C'est le cas, par exemple, des centres hospitaliers et des cliniques externes où se trouvent des équipes multidisciplinaires.

Les rapports peuvent viser des intervenants de diverses professions, intégrés à une même institution, à un même secteur ou évoluant dans des secteurs différents. Des rapports plus ponctuels mettent également en jeu des acteurs n'intervenant pas dans le champ de la santé mentale, tels les proches des usagers, des agents d'aide sociale, des propriétaires des logements où habitent des usagers, le personnel de restaurants fréquentés par des usagers. Notre recherche n'a cependant pas touché ces formes de concertation.

Au cours des entrevues, on a aussi pu relever des axes de clivage ou de solidarité qui altèrent les rapports entre intervenants. Ces enjeux sont présents partout, bien qu'ils puissent se manifester d'une manière positive ou négative, et avec plus ou moins d'acuité. Ces axes de clivage/solidarité se retrouvent aux plans idéologique, organisationnel et professionnel.

Au plan idéologique, la majorité des répondants ont fait allusion à des divergences auxquelles se heurtent tant les promoteurs de l'approche biomédicale en psychiatrie que les tenants de l'approche alternative ou communautaire. Dans certains cas, peu importe le courant auquel adhère la personne, ces divergences produisent peu d'impact auprès d'un usager qui, par exemple, sera tout de même orienté vers une ressource promouvant une approche différente. Dans d'autres cas, des philosophies d'intervention différentes peuvent entacher les relations au point d'engendrer des frictions susceptibles de rompre la possibilité d'établir des rapports. Nous tenterons plus loin d'explicitier certaines conditions pouvant avoir une influence sur ces tendances.

Au plan organisationnel, la qualité des rapports peut être altérée lorsque sont impliqués des intervenants d'organismes d'implantation récente ou dont la mission et les services sont peu connus. En entrevue, des intervenants de ressources plus jeunes, et surtout de celles reliées au réseau communautaire, ont déploré n'être que rarement consultés par des intervenants du réseau public, comme si leur rôle ou leur apport était jugé secondaire, marginal, voire non crédible. La non-utilisation ou la sous-utilisation de ressources communautaires peut aussi être reliée à la perception de la pertinence de leurs interventions pour la clientèle hospitalisée.

Au plan professionnel, il ressort clairement des entrevues que le rôle et le statut des intervenants influent sur leurs rapports. L'implication des intervenants dans la concertation semble diminuer à mesure que s'élève leur statut professionnel. Ainsi, la collaboration entre travailleurs sociaux et intervenants communautaires nous est apparue beaucoup plus étroite qu'elle ne semble l'être entre les groupes communautaires et les psychiatres. De plus, contrairement à ce que l'on pourrait croire, faire partie d'une même équipe multidisciplinaire ne facilite pas les rapports entre les intervenants. En dépit de la surenchère au sujet de l'approche bio-psycho-sociale dans les écrits, selon un bon nombre de personnes interviewées, le modèle biomédical occupe toute la place dans ces équipes et plusieurs intervenants vivent en marge des processus décisionnels.

Si ces trois axes de clivage/solidarité se manifestent dans l'ensemble des entrevues auprès des intervenants dans les trois sous-régions étudiées, ils se présentent différemment d'une sous-région à l'autre. Par exemple, l'idéologie intervient parfois en tant qu'axe de ségrégation fort, mais elle peut aussi constituer un axe d'intégration.

Outre ces éléments ayant une influence sur la concertation, éléments soulevés par les personnes interviewées, nous avons relevé deux axes additionnels qui peuvent modeler les pratiques de concertation. Premièrement, il s'agit des règles du jeu en place pour coordonner les ressources du territoire. De telles règles peuvent s'avérer plus ou moins explicites, plus ou moins formelles. Elles peuvent imposer un ordre plus ou moins hiérarchique entre professions ou organisations. Par ailleurs, certaines relations peuvent être tout à fait volontaires sans qu'un organisme n'ait l'autorité de les imposer. Deuxièmement, la concertation peut se faire entre l'ensemble des organisations en santé mentale d'une sous-région, ou uniquement entre un nombre restreint d'organisations. Les entrevues ont permis de construire, à partir des axes identifiés par les répondants ainsi que par les chercheurs, trois modèles ou « idéaux-types » de concertation. Ces modèles sont esquissés dans le tableau 2.

Tableau 2

TROIS MODÈLES DE CONCERTATION À MONTRÉAL

	<i>La collaboration (Sud-Ouest)</i>	<i>La complémentarité (Est)</i>	<i>Les alliances (Centre-Est)</i>
<i>Mobilisation des rapports</i>	Leadership communautaires et institutionnel	Leadership institutionnel	Leadership communautaire ou institutionnel
<i>Forme de coordination interorganisationnelle (Règles du jeu en place)</i>	Ententes parfois formelles mais surtout informelles	Liens administratifs et contrats de service	Ententes, contrats ou liens administratifs
<i>Niveau d'autonomie organisationnelle</i>	Forte	Faible	Variable
<i>Axes d'intégration</i>	L'idéologie, valeurs en commun	Système institutionnel	Pragmatisme (p. ex., proximité et clientèle cible)
<i>Axes de ségrégation</i>	Ancienneté de la ressource	Réseau public – autres établissements et professions	Idéologie et profession
<i>Niveau de cohérence sous-régionale</i>	Forte	Forte, avec quelques ressources marginales	Faible, plusieurs mini-réseaux

TROIS MODÈLES DE CONCERTATION

Les modèles de concertation que nous présentons ici ne sont que des « idéaux types » ou des concepts, et non pas des profils fidèles des pratiques. Selon M. Weber, l'idéal type ne doit pas correspondre à la réalité, mais constituer plutôt une esquisse de celle-ci qui met l'accent sur un trait ou un ensemble de traits choisis selon les objectifs du chercheur. Nos modèles de concertation se situent dans ce cadre conceptuel : ils ne visent pas à décrire les pratiques dans les sous-régions, mais uniquement à les caractériser afin de distinguer des façons de faire différentes.

Dans le Sud-Ouest, le modèle qui se dégage peut être qualifié de « collaboration ». Dans ce modèle, les intervenants de l'ensemble des organismes sur le territoire sont en relation les uns avec les autres, projetant ainsi une image sous-régionale très cohérente. Peu d'organismes, publics ou communautaires semblent évoluer en marge des autres, et tous peuvent établir des liens, qui sont généralement informels. Seuls les organismes nouvellement créés paraissent jouer un rôle plus discret au chapitre de la concertation, ce qui entraîne une certaine polarisation des rapports entre les anciennes ressources et les plus récentes.

La concertation ne repose sur aucun mécanisme formel de coordination dans ce modèle. Les contrats et les ententes de services entre organisations sont rares sinon absents. Aucun organisme n'assume un rôle pivot, sauf la table de concertation des ressources alternatives. L'hôpital psychiatrique cherche souvent l'appui des ressources communautaires et celles-ci y ont accès assez facilement. D'ailleurs, les rapports sont informels et spontanés, mais constants. L'idéologie communautaire empreint les nombreux liens qui se tissent entre les intervenants des organismes communautaires et publics. C'est, à notre avis, ce facteur qui alimente le plus la concertation dans un modèle de collaboration.

Nous distinguons les rapports qui prédominent dans l'Est de Montréal par le modèle de « complémentarité ». En fait, la complémentarité désigne un mécanisme de concertation où les rôles et les objectifs de chaque organisme et de chaque acteur sont clairement différenciés, souvent par la définition formelle de mandats. Ainsi, les actions des différents organismes et intervenants semblent fragmentées, et selon nos répondants, l'atteinte d'objectifs communs devient une entreprise laborieuse. Chaque organisme développe aussi des stratégies intéressées et un sens de responsabilité unique. C'est ainsi qu'un intervenant nous disait, sur la question des relations avec d'autres organismes : « On a la prise en charge de l'usager et on ne la transfère pas ailleurs ».

Ce modèle de concertation favorise un haut niveau de cohérence entre les ressources de la sous-région. Cette cohérence, gravitant autour des institutions les plus importantes, est maintenue par des liens verticaux, des contrats formels et l'autorité réservée aux professionnels rattachés à l'institution. Les rapports interprofessionnels sont aussi soumis à un ordre hiérarchique partant du sommet à la base. Dans bien des cas, la communication est transmise par personne interposée. À titre d'exemple, un intervenant au suivi des appartements supervisés dans l'Est de Montréal ne communiquera pas personnellement avec le psychiatre ou le travailleur social d'un usager, mais devra transmettre son message à un agent de coordination, qui à son tour l'acheminera au professionnel concerné. Si ce réseau apparaît en soi complet, il ne faut pas perdre de vue que la source première de clivage dans ce modèle se situe entre les institutions elles-mêmes, et entre celles-ci et les quelques organismes communautaires qui vivent autour d'elles.

Le Centre-Est renvoie l'image d'une sous-région hybride, comportant des traits empruntés aux deux autres sous-régions. Ce modèle peut être qualifié « d'alliances ». Les organismes communautaires et alternatifs autonomes y sont beaucoup plus nombreux que dans l'Est. De même, on y retrouve davantage de contrats ou d'ententes de services avec les organismes du réseau public que dans le Sud-Ouest. Ceci crée une dynamique où la concertation sur le terrain n'est pas diffuse à l'ensemble des organismes comme dans le Sud-Ouest du territoire, mais se tisse à travers une variété d'alliances et revêt différentes formes.

Les liens formels peuvent être très efficaces dans le modèle d'alliances, palliant ainsi l'absence de cohérence idéologique plutôt caractéristique du modèle de collaboration. En effet, les entrevues ont permis de déceler des signes évidents de méfiance mutuelle des intervenants des ressources publiques et alternatives, comme en témoignent ces commentaires recueillis auprès d'un intervenant d'une ressource alternative : « La psychiatrie a une "job" à faire ; qu'ils [les psychiatres] ne fassent pas 25 affaires, ils sont là pour donner un service psychiatrique, médical par rapport à l'approche de la santé mentale ». En revanche, certains professionnels du réseau public estiment que « trop de gens s'improvisent intervenants ».

On constate néanmoins que des intervenants d'organismes communautaires et des hôpitaux ainsi que des ressources évoluant hors du champ de la santé mentale (pour les sans-abri ou les femmes violentées, par exemple) s'efforcent de conjuguer leurs efforts et parviennent à établir des alliances. Compte tenu de la diversité et de la complexité des problèmes inhérents au Centre-Est – itinérance, extrême pauvreté, absence de logement –, une intervenante en centre hospitalier nous a signalé : « On ne pratique pas la

psychiatrie de la même façon quand on travaille au centre-ville qu'à Saint-Jean-de-Matha ».

Somme toute, dans le modèle d'alliances, les rapports interorganisationnels et interprofessionnels sont beaucoup plus fréquents que dans le modèle de complémentarité, mais plus fragmentés que dans le modèle de collaboration. Les alliances n'offrent pas une forte cohérence à la sous-région. Il n'y a pas une pratique de concertation, mais plutôt un éventail de pratiques s'articulant dans des mini-réseaux distincts. Si les alliances entre le réseau public et communautaire ne sont pas rares, elles semblent prédominer là où plusieurs organismes sont appelés à se côtoyer. Le fait d'être ancré dans un même quartier et de servir une même clientèle semble faciliter ces alliances. Toutefois, le Centre-Est est fortement animé par le débat idéologique relatif aux différentes approches en santé mentale.

Sans prétendre décrire de manière exhaustive les relations existant entre intervenants, organismes et secteurs d'activité à l'intérieur d'un même territoire, nous croyons que cette typologie de modèles des relations vécues sur le terrain peut tout de même permettre de dégager certaines conclusions quant à la concertation. Comme dans tout « idéal type », ces modèles ne visent pas à décrire empiriquement ce qui se passe dans une sous-région ; ils ne visent qu'à servir d'outil conceptuel pour relever les similitudes et les différences qui peuvent exister sur le plan de la concertation.

ANALYSE TRANSVERSALE DES MODÈLES

Même si nous pouvons observer trois modèles différents de relations sur le terrain, nous ne leur prêtons pas une valeur égale au regard de la concertation. Ces trois modèles doivent être évalués à partir de l'objectif de la concertation, soit le *développement d'une reconnaissance mutuelle des intérêts en commun et de ceux qui sont en contradiction, afin de briser le cloisonnement des acteurs et de favoriser la coopération sur le terrain*. Si parfois il s'agit de développer un lien communicationnel là où il n'en a jamais existé, d'autres fois il s'agit plutôt de créer des liens communicationnels qui s'inscrivent en diagonale par rapport aux mandats et aux rapports formels pouvant exister depuis longtemps.

À partir de cette perspective sur la concertation et des entrevues faites auprès de divers intervenants dans les trois sous-régions étudiées, nous sommes en mesure de formuler une hypothèse, à savoir que la *collaboration* et les *alliances* sont des modèles de concertation mieux parachevés que le

modèle de *complémentarité*. Si dans le modèle de collaboration, l'idéologie ou les valeurs en commun servent d'axe de solidarité et d'intégration, dans le modèle d'alliances, l'idéologie représente plutôt un axe de clivage. Celui-ci est cependant surmonté par un *pragmatisme* qui favorise la tolérance, voire le respect mutuel entre divers organismes et professions. L'orientation se dirige vers les intérêts communs, à savoir des clientèles partagées. Par contre, dans le modèle de *complémentarité*, le cloisonnement et la méfiance entre les différentes catégories d'intervenants et entre les institutions et le secteur communautaire semblent gêner l'émergence d'une concertation efficace.

Notre objectif, dans cet article, n'est pas de discuter des trois modèles du point de vue de leurs effets possibles sur le vécu des usagers de services¹³. Nous aborderons plutôt les questions suivantes : Comment peut-on expliquer l'émergence ou le développement de modèles différents de concertation? Quels processus semblent être à l'œuvre pour freiner ou pour favoriser une concertation dynamique? En faisant référence aux facteurs contextuels correspondant aux trois sous-régions d'où émergent les modèles différents, nous pouvons considérer certains facteurs susceptibles de jouer un rôle important dans le développement des modèles différents de concertation sur le terrain.

Premièrement, sur le plan de la cohésion, il nous semble que là où existent des institutions psychiatriques, la concertation intègre l'ensemble des ressources, bien que cela puisse prendre des formes diverses. Par contre, l'absence d'un grand hôpital psychiatrique, ou bien l'existence de plusieurs hôpitaux généraux, favorise le développement de plusieurs champs de concertation qui ont alors tendance à s'élaborer autour des sous-populations des petits quartiers ; de là, l'émergence de la concertation au sein des mini-réseaux d'alliances organisationnelles.

Deuxièmement, la configuration des ressources dans les sous-régions nous apparaît aussi significative dans le développement des modèles différents de la concertation, ce qui peut rendre compte des divergences dans les deux sous-régions qui abritent un hôpital psychiatrique. Dans l'Est tout comme dans le Sud-Ouest, la présence d'un hôpital psychiatrique constitue un facteur déterminant. Les contrastes observés au niveau de la concertation sont toutefois énormes. Ils peuvent être attribués au fait que les organismes communautaires sont beaucoup plus répandus dans le Sud-Ouest que dans l'Est, qu'ils sont plus anciens et qu'ils s'inscrivent dans une tradition de militantisme communautaire. Nous croyons que ce facteur influe également sur le développement des pratiques de concertation dans le Centre-Est, où

13. Un article sur la continuité de support auprès des bénéficiaires de services au sein des mêmes trois sous-régions de Montréal est à paraître dans la revue *Santé mentale au Québec*.

les organisations communautaires ont elles aussi une longue et illustre histoire. À l'instar de Bibeau (1986), nous faisons l'hypothèse que c'est l'absence de partenaires en dehors du réseau intégré dans l'Est qui peut entraver le développement d'une concertation plus dynamique.

Les grandes institutions sont les ressources ayant la plus longue histoire dans l'Est. Elles se sont développées dans un contexte de *monopole* et d'*isolement* dans le champ de la psychiatrie. À la fin des années 60, l'alternative que représentait la *psychiatrie communautaire* est apparue dans l'Est comme une revendication de réforme institutionnelle. Faute de ressources prônant un paradigme autre que celui de la pratique psychiatrique réformée, les institutions ont procédé au développement de structures intermédiaires, lesquelles constituaient une réforme importante de l'institution, mais demeuraient néanmoins intégrées à celle-ci. Cette situation est bien différente de celle du Sud-Ouest et du Centre-Est où, pendant les années 60, il existait déjà une forte présence d'action communautaire dans le domaine de la santé.

Dans le Sud-Ouest, l'hôpital psychiatrique a été parmi les premiers dans le monde occidental à favoriser la désinstitutionnalisation, et cela de concert avec la communauté. Si cet hôpital a suivi un modèle de désinstitutionnalisation plus avant-gardiste que ceux de l'Est, c'est qu'il était appuyé, et peut-être même incité, par un défi provenant de l'*extérieur* du domaine carrement psychiatrique, c'est-à-dire des groupes de pression ayant un modèle plutôt social de la « maladie mentale », de ses origines et de ses solutions. Ainsi, l'hôpital n'a pas entrepris une réforme uniquement interne, mais a participé également à une réforme de la relation entre l'institution et la communauté. En l'absence d'une telle communauté active pour agir à la fois comme provocateur et partenaire, l'isolement des hôpitaux de l'Est s'est prolongé et renforcé.

Ainsi, en raison de la faiblesse de l'action communautaire à la base, un système de services publics complémentaires et étroitement coordonnés par des liens contractuels et des rapports professionnels hiérarchiques s'est implanté dans l'Est. Ce système s'est prolongé ensuite par le développement de structures intermédiaires en santé mentale, pour créer des mécanismes de coordination formelle de type « réseau public ». Les ressources alternatives qui ont émergé dans les dernières années de la décennie 80, n'ont pas réussi à ébranler ce système de béton. Par ailleurs, l'ensemble des établissements et des intervenants œuvrant dans l'Est n'est pas en mesure de contrecarrer les règles du jeu formelles et fortement implantées dans la sous-région. Tout cela montre clairement l'effet de l'absence d'activité communautaire oppositionnelle. Pour reprendre une notion de Godbout (1987), un système ne se transforme pas sans une injection d'énergie de l'extérieur.

Le rapport de forces relativement égalitaire entre les ressources institutionnelles et communautaires au Centre-Est a favorisé le développement de relations plus éclatées que dans l'Est et le Sud-Ouest, ainsi que le maintien des clivages idéologiques importants. Ce qui indique qu'une convergence idéologique n'est pas un préalable nécessaire à la concertation et que, s'il y a une reconnaissance des intérêts communs, des alliances peuvent quand même s'établir sur une base pragmatique, afin de mieux aider une clientèle particulièrement difficile.

CONCLUSION

Une première conclusion que nous pouvons tirer de cette recherche est que la concertation a peu de chances de se développer en l'absence d'organismes autonomes vis-à-vis le système institutionnel, parvenus à maturité et capables d'exercer une influence sur un axe diagonal à la structure d'un système de services rigidement intégré. Ces organismes autonomes existaient dans le Sud-Ouest et dans le Centre-Est, mais étaient absents dans l'Est. Dans cette région, la seule avenue possible pour « communautariser » les services est le développement de ressources intermédiaires dont les hôpitaux eux-mêmes sont les instigateurs. Cependant, une telle forme de développement a tendance à reproduire la forme systémique, c'est-à-dire la rigidité et le cloisonnement que l'on cherche à briser aujourd'hui par l'appel à la concertation. Ce modèle de la complémentarité semble favoriser les concurrences organisationnelles autour des mandats et l'isolement professionnel, et en conséquence, interfère avec l'émergence d'une concertation efficace.

Cette constatation démontre les avantages que comporterait un budget protégé destiné au développement de ressources issues de la communauté, tel que prévu dans le *Rapport Harnois* (1987), mais abandonné dans la *Politique de santé mentale* (Gouvernement du Québec, 1989). Dans des régions où existent peu de ressources issues du milieu, un tel budget pourrait servir à développer des alternatives au système en place et contribuer à briser la rigidité et la fermeture reliées à une complémentarité trop exclusive. De même, lorsqu'une sous-région ne dispose pas de ressources alternatives fortes, elle peut difficilement en développer. D'où l'importance des regroupements provinciaux pour diffuser l'expérience et l'expertise provenant de l'ensemble des régions et soutenir l'implantation de nouvelles ressources.

Par ailleurs, à la lumière de nos observations, nous nous demandons si une forte intégration des ressources dans un système, couplée à une coordination serrée, ne constitue pas un handicap à la concertation. Pour privilégier des formes souples de concertation, il apparaît donc préférable d'éviter la

construction d'un système surplanifié et surintégré, comportant des rôles, des mandats et des liens contractuels clairement définis. Il semble en effet difficile d'établir avec succès des mécanismes de *contrepoids* à un système déjà rigidifié et renfermé sur lui-même.

L'appel à la concertation et à la souplesse qui l'accompagne devient de plus en plus courant depuis que la Commission Rochon (1988) a révélé « l'inertie » croissante du réseau de la santé et des services sociaux. Cette approche se reflète dans la politique de santé mentale où l'accent est mis sur la « personne » et sur le « partenariat », plutôt que sur la complémentarité des rôles et des mandats. Idéalement, un tel partenariat franchit les barrières traditionnelles entre les différents intervenants, organismes et secteurs d'activité. Cette approche correspond étroitement au concept et aux objectifs de la concertation : elle regroupe un large éventail d'individus, d'organismes et d'institutions, autour de problèmes communs et des besoins des personnes.

Cependant, il n'est pas certain que des structures formelles comme les comités tripartites et les tables de concertation puissent assurer le développement de liens plus riches et plus productifs sur le terrain. Pour arriver à cette fin, il semble plus important, premièrement, de contrecarrer activement tout monopole de services, afin d'assurer l'existence de « partenaires » crédibles et, deuxièmement, de ne pas trop miser sur des liens de coordination – liens formels, contractuels et hiérarchiques –, lesquels peuvent nuire au développement spontané des relations de concertation plus dynamiques, effervescentes et flexibles.

Bibliographie

- BÉLANGER, J.-P. (1988). *Concertation dans le réseau des services de santé et des services sociaux au Québec*, Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, dossier thématique.
- BIBEAU, G. (1986). « Le facteur humain en politique. Application au domaine de la santé mentale », *Santé mentale au Québec*, vol. 11, n° 1, 19-41.
- COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX OU COMMISSION ROCHON (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Rapport Rochon)*, Québec, Les Publications du Québec, 803 p.
- CONSEIL RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN (CRSSMM) (1989). *Répertoire des établissements publics et privés*, Montréal, CRSSMM.
- CÔTÉ, Marc-Yvan (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- GODBOUT, Jacques T. (1987). *La démocratie des usagers*, Montréal, Boréal Express.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1989). *Politique de santé mentale*, Québec, Les Publications du Québec.

HARNOIS, G. et COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1987). *Pour un partenariat élargi*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

MAYER-RENAUD, M. et REAUD, J. (1989). *La distribution de la pauvreté et de la richesse dans la région de Montréal en 1989. Une mise à jour*, Montréal, Centre de services sociaux du Montréal métropolitain (CSSMM).

WEBER, M. (1978). *Economy and Society*, Berkeley, University of California Press.

WHITE, D., REAUD, M., DORVIL, H. et C. MERCIER (1991). *La concertation et la continuité des soins en santé mentale : une étude de trois sous-régions montréalaises*.