

## Nouvelles pratiques sociales



# L'amplification obligée des relations partenariales : l'interdépendance est-elle une menace à l'autonomie ?

Claude Larivière

Volume 14, numéro 1, juin 2001

La dynamique partenariale : un état de la question

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/008325ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/008325ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (imprimé)

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Larivière, C. (2001). L'amplification obligée des relations partenariales : l'interdépendance est-elle une menace à l'autonomie ? *Nouvelles pratiques sociales*, 14(1), 64–80. <https://doi.org/10.7202/008325ar>

Résumé de l'article

La logique traditionnelle de structuration des services sociaux et de santé enfermait leurs pratiques dans des frontières organisationnelles restrictives, alors que les organismes communautaires se sont développés dans le milieu de vie des populations. Bien que les deux types d'organisations collaborent occasionnellement, elles fonctionnent le plus souvent chacune de leur côté. Toutefois, l'évolution des besoins et leur complexité accrue ont conduit petit à petit à la valorisation de la concertation et du partenariat. Les expériences vécues montrent que cela n'est pas aisé à réaliser, particulièrement si les organismes impliqués n'y trouvent pas une reconnaissance de leur contribution spécifique.



# L'amplification obligée des relations partenariales : l'interdépendance est-elle une menace à l'autonomie ?

*Claude LARIVIÈRE  
École de service social  
Université de Montréal*

La logique traditionnelle de structuration des services sociaux et de santé enfermait leurs pratiques dans des frontières organisationnelles restrictives, alors que les organismes communautaires se sont développés dans le milieu de vie des populations. Bien que les deux types d'organisations collaborent occasionnellement, elles fonctionnent le plus souvent chacune de leur côté. Toutefois, l'évolution des besoins et leur complexité accrue ont conduit petit à petit à la valorisation de la concertation et du partenariat. Les expériences vécues montrent que cela n'est pas aisé à réaliser, particulièrement si les organismes impliqués n'y trouvent pas une reconnaissance de leur contribution spécifique.

*While community organizations developed in relation with leaders and communities, the traditionally known logic of the social and health structuring services confined their practices*

*in a restrictive organizational frontier. Although the two types of organization occasionally work together, most of the time they act independently. However, the evolving needs and their growing complexity have gradually led to inter-organizational enhancement of cooperation and partnership. Experiences demonstrate that this is not easily put in practice, particularly if the organizations involved are not guaranteed of a specific place in this continuum of services and recognized for their contribution.*

Les relations partenariales et la concertation font l'objet d'une littérature relativement connue et fréquemment citée, essentiellement issue d'auteurs québécois proches de la mouvance communautaire. Les contributions de Panet-Raymond (1994), de Panet-Raymond et Bourque (1991), de Lamoureux (1994) et du numéro que la revue *Nouvelles pratiques sociales* a elle-même consacré à l'arrimage entre le communautaire et le secteur public (1994), tout comme la recherche coopérative avec les intervenants communautaires de René, Fournier et Gervais (1997) sont d'excellentes références. À cela s'ajoutent les bilans tracés par des regroupements communautaires (Table des regroupements d'organismes communautaires et bénévoles [TROCB], 1995 ; Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec [RRASMQ], 1997). Ces écrits mettent en évidence les difficultés inhérentes aux pratiques de travail entre le réseau institutionnel public et les organismes communautaires, en raison de leurs différences culturelles, de taille et d'orientation quant aux relations à entretenir avec la population. Les auteurs insistent notamment sur les conditions à réunir pour qu'un réel partenariat puisse s'instaurer et qu'on ne cède pas à la tentation d'utiliser le communautaire pour combler des carences de ressources du secteur public.

Parallèlement à cette littérature endogène au milieu communautaire, différents auteurs associés à la planification et à l'évaluation des services (directions de la santé publique, régies régionales, ministères, associations d'établissements) ont également produit d'autres écrits moins connus, notamment autour de thèmes tels que l'action intersectorielle (entre la santé, l'éducation, la justice, etc.), la continuité entre les services (reliés à une problématique ou destinés à une partie déterminée de la population) et le développement de guichets uniques (porte d'entrée donnant accès à une gamme de ressources) pour certaines clientèles. Les auteurs mettent aussi en valeur un certain nombre de considérations intéressantes pour favoriser de réelles relations partenariales. À ces écrits s'ajoutent enfin d'autres recherches, très peu connues des milieux francophones, plus centrées sur les raisons qui conduisent les organisations offrant des services sociaux et sanitaires à collaborer entre elles ou, au contraire, à éviter de sortir de leurs frontières organisationnelles. Cet article vise d'abord à présenter les apports les plus significatifs de cette littérature méconnue en vue d'élargir nos

perspectives pour ensuite situer les changements actuellement observables dans le contexte plus global des transformations qui touchent la distribution des services et contribuent à renforcer l'interdépendance des organisations.

## LES FORMES ET LES CONDITIONS DE COLLABORATION

C'est à la fin des années 1980 que la préoccupation pour la concertation, perçue comme un instrument favorisant une meilleure planification des interventions des différentes ressources d'un milieu, apparaît plus formellement. Schneider (1989 : 25) définit alors la concertation comme « une démarche qui réunit l'ensemble des pratiques articulées d'un groupe d'acteurs autonomes qui ont convenu d'harmoniser non seulement leurs orientations, mais également leurs stratégies d'intervention et leurs actions concrètes au sein d'un secteur d'activité donné ». Cette concertation peut être locale, régionale, nationale ou spécifique à un enjeu donné. Lorsque cette concertation réunit des acteurs provenant de plus d'un secteur, on parle d'action ou de concertation intersectorielle. Saint-Jacques (1992) propose cinq éléments mobilisateurs aux partenaires intéressés à réaliser des actions concertées : orientations et buts communs, climat d'ouverture et de confiance, implication réelle de partenaires, structure de fonctionnement et de soutien souple et efficace, et un net parti pris en faveur d'actions concrètes. Ces éléments seront diffusés abondamment par les écrits issus du milieu de la santé publique.

Dans les années qui suivent, des auteurs commencent à s'intéresser aux pratiques concertées et aux conditions qui en facilitent tant l'émergence que le développement. Antil, Drouin et Dugré (1993) ont tracé, à partir du vécu d'acteurs engagés, un bilan des activités intersectorielles de la Direction de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux qui les amène à conclure que cinq éléments essentiels favorisent le succès des initiatives intersectorielles. Il s'agit d'abord de la maîtrise des habiletés relationnelles par les personnes qui portent ces dossiers, puis de la formalisation de cette collaboration (ententes ou protocoles définissant les rôles et balisant les contributions attendues de chacun des partenaires), du leadership politique ou de la direction des organisations en cause (très facilitant s'il est présent, handicapant s'il est absent), des ressources financières adéquates (bien qu'elles puissent être minimales dans certaines expériences) et de la nécessité d'une formation aux nouveaux rôles qui seront assumés par les intervenants professionnels.

Des chercheurs (Fortin *et al.*, 1994) ont examiné des projets concrets d'action intersectorielle en santé pour découvrir les modalités de réussite et d'échec sur le terrain. Les projets étudiés constituent des initiatives locales dans le cadre du projet « Ville en santé », du projet provincial de politique

alimentaire en milieu scolaire et de celui de prévention des traumatismes (utilisation sécuritaire de sièges pour enfants dans les automobiles, port du casque de sécurité par les cyclistes, etc.). Les auteurs notent une constante dans ces trois dossiers : « au moment de l'émergence, le choix des personnes composant la coalition [qui porte le projet] se fait sur une base individuelle, entre des gens qui se connaissent déjà et qui se cooptent pour travailler à une cause commune à laquelle ils croient » (1994 : 20). Les auteurs constatent aussi que les projets doivent être soutenus politiquement (inscrits à l'agenda public) et concrets, quelle que soit leur envergure. Ces projets reposent le plus souvent sur une structure minimale, où les décisions s'appuient généralement sur la collégialité, les procédures formelles servant essentiellement à trancher les dossiers litigieux. Ouellet, Paiement et Tremblay (1995) insistent, pour leur part, sur le fait que l'action intersectorielle ne repose pas seulement sur la bonne volonté des partenaires et nécessite leur engagement dans un processus qui comporte des étapes. Ce processus débute avec la mobilisation des partenaires, passe par l'établissement d'un consensus de base entre eux, se traduit ensuite par la mise en commun de leur analyse du milieu et de ses besoins et la formulation de projets, pour déboucher sur l'élaboration d'un plan d'action, suivi de son implantation et de son évaluation.

Le processus ne peut toutefois s'activer réellement que si les relations entre les organismes et les personnes impliquées tiennent compte de leurs particularités. Dans un avis sur l'éducation des adultes, le Conseil supérieur de l'éducation (1995) rappelle que l'un « des principaux enjeux du partenariat réside dans le développement de rapports de complémentarité à l'intérieur de relations égalitaires entre les parties », enjeu particulièrement présent dans les relations entre les ressources communautaires, qui dépendent des subventions publiques, et le réseau institutionnel, assuré d'un financement continu (même s'il est soumis à des variations dans le temps). Explorant systématiquement les attentes de ses partenaires, tant institutionnels que communautaires, un CLSC a découvert l'importance que ceux-ci attachaient à l'établissement de relations personnalisées, autant entre les gestionnaires qu'entre les intervenants, et surtout dans les références mutuelles de personnes susceptibles de bénéficier des services du partenaire du milieu (Rondeau *et al.*, 1999). Ces relations contribuent également à la création des liens nécessaires pour la mise sur pied de mécanismes de concertation (tables, groupes de travail, etc.) et le développement de projets en partenariat. Goyette *et al.* (2000) ont identifié un ensemble de conditions propres à l'émergence, au maintien et au blocage de pratiques concertées et partenariales, à partir de quatre études de cas impliquant les Centres jeunesse de Montréal. Ainsi, il faut que les partenaires ressentent le besoin de l'apport des autres organismes, aient le désir de faire autrement et portent tous un intérêt au projet, pour que se développe une vision commune des problèmes

qui débouche sur un projet commun. Par ailleurs, les représentants des Centres jeunesse de Montréal (CJM) impliqués dans ces initiatives concertées, soulignent la nécessité que le CJM leur accorde une certaine autonomie pour qu'ils puissent s'impliquer réellement dans les efforts locaux de concertation et de partenariat.

Une fois les projets mis en route, leur bon fonctionnement repose sur des conditions de maintien essentiellement reliées aux attitudes personnelles des représentants impliqués. Ainsi, leur volonté d'engagement, leur ouverture d'esprit, le respect et l'écoute des autres partenaires s'avèrent aussi importants pour les répondants que la connaissance du territoire et la stabilité des membres. Les relations interpersonnelles qui se développent constituent le ciment unificateur qui assure la solidité des pratiques partenariales. Évidemment, en plus de l'absence des facteurs positifs que nous venons de souligner, la concurrence entre les organisations, leurs ressources très variables, les divergences idéologiques sur la façon d'intervenir, le manque de temps pour participer à la démarche (en raison d'une surcharge de travail ou de la non-reconnaissance de l'importance de ce travail par l'employeur) et le manque de ressources financières pour le développement des projets de partenariat apparaissent comme autant d'écueils possibles.

## **LA LOGIQUE DES RELATIONS INTERORGANISATIONNELLES**

Les organisations ne collaborent pas spontanément car, traditionnellement, cela ne constitue pas un enjeu important pour elles ; toute leur logique de développement repose sur l'affirmation de leur spécificité. Les organisations sont naturellement introverties et plutôt réticentes à collaborer, étant donné le peu d'incitation à établir une collaboration concrète avec d'autres organisations, tant de la part des décideurs politiques que de celle de la clientèle, celle-ci n'exerçant pas de pression en ce sens. Inversement, il nous faut reconnaître qu'il y a des barrières importantes à l'édification d'une pratique de collaboration, notamment les coûts en temps et en personnel qu'il faut affecter à ces fonctions, les efforts nécessaires pour établir des ponts avec les approches des autres organisations, l'incertitude quant aux réactions de celles-ci, la difficulté d'évaluer les gains potentiels, l'absence d'habiletés politiques des intervenants et des gestionnaires pour accomplir ces activités relationnelles, l'imprécision des objectifs que l'on souhaite atteindre, l'absence d'une véritable culture de « réseau », etc.

La complexité inhérente à la dispensation de services psychosociaux et de santé doit également être prise en compte. Bien qu'en apparence les organisations semblent gérées par leur direction, la réalité est souvent beaucoup plus polymorphe. Les études empiriques révèlent qu'au-delà de la

structure formelle des grandes organisations publiques, qui véhicule une image de rationalité et de coordination, ces « éléments structuraux sont seulement reliés de manière souple aux autres structures et aux activités, que les règles sont souvent violées, les décisions, non appliquées ou, si elles le sont, ont des conséquences incertaines, que les technologies sont d'une efficacité problématique et que les systèmes d'évaluation et d'inspection sont subvertis ou rendus si vagues qu'ils ne produisent que peu de coordination » (Meyer et Rowan, 1977 : 343). Une étude sur les transformations des Centres jeunesse de Montréal et de Québec révèle la présence presque constante de ces écarts entre le discours et les pratiques, entre les perceptions des acteurs du centre décisionnel et le vécu des équipes locales, entre le projet de changement envisagé et la réalité mise en place (Larivière, Bernier et Lapierre, 2000).

Hasenfeld (1983) affirme que la théorie des systèmes souples de Weick (1976), selon laquelle les unités préservent une autonomie considérable et développent leur propre identité, explique pourquoi les services ne répondent qu'imparfaitement aux attentes de leurs dirigeants, des bailleurs de fonds et des clients eux-mêmes. Les gestionnaires de ces équipes doivent « négocier avec de vagues et multiples objectifs et politiques organisationnels, une demande de services qui dépasse les ressources disponibles et un copieux travail de paperasse. De plus, ils ressentent le besoin de confirmer leurs propres idéologies personnelles et professionnelles » (Hasenfeld, 1983 : 158). Pour notre part, nous croyons que les organisations de services sociaux évoluant dans un système de relations de type politique (Parsons, Jorgensen et Hernandez, 1994) doivent, en plus des services qu'elles peuvent elles-mêmes offrir, négocier fréquemment l'obtention d'autres services pour répondre aux besoins de leurs clients qu'elles ne peuvent elles-mêmes satisfaire. Cela les oblige à admettre leur interdépendance et à rechercher des modes de collaboration (alliances, ententes, partage et mise en commun de ressources) qui leur permettent de coordonner leur contribution avec celles des autres ressources du milieu. Cette tendance est évidemment renforcée par la pression provenant de leur environnement externe, en raison de la sensibilité des décideurs politiques à l'égard de la discontinuité qui peut exister entre les services et les conséquences pour les clientèles.

Rossi, Gilmartin et Dayton (1982) ont mis en évidence les nombreux types d'arrangements que les services sociaux peuvent élaborer dans une perspective de coordination interorganisationnelle : service d'accueil et d'évaluation commun, références réciproques, consultation sur un cas, conférence de cas, équipes clientèles, gestionnaires de cas, cohabitation de services dans les mêmes locaux, prêt de services ou de ressources. Déjà, en 1985, Neugeboren rappelle l'existence de quatre conditions fondamentales pour coordonner de façon maximale et réussie de tels services : la participation volontaire ; le maintien de l'autonomie des services de chaque organisation ;

le partage des objectifs ; la complémentarité de leurs ressources. Ce courant volontariste est identifié dans la littérature internationale comme celui de l'échange interorganisationnel.

Raelin note l'existence d'un autre courant, basé sur l'accomplissement de mandats légaux ou déterminés politiquement par des réseaux d'organisations afin de répondre aux besoins d'une clientèle : « ce cadre sélectionne des processus, des stratégies et des structures organisationnels [et non pas interorganisationnels], comme variables déterminantes entre la formulation des politiques et l'impact de celles-ci » (Raelin, 1982 : 244). Il s'agit, par conséquent, d'un choix politique déterminant le mode de coopération attendu des acteurs organisationnels et, comme la définition le précise, ce courant a tendance à privilégier une approche directive, centrée sur des structures organisationnelles dominantes (à qui l'on confie un mandat légal) ou imposées. Cela ressemble beaucoup aux regroupements forcés et aux fusions d'établissements qui ont caractérisé la restructuration du réseau public au cours des dernières années. Ces mariages de cultures très différentes produisent rarement des gains significatifs parce que leur intégration demeure le plus souvent artificielle et que la cohabitation forcée se traduit par l'imposition du mode de gestion de l'équipe dominante plutôt que par une acculturation mettant en valeur les forces de chacune des organisations regroupées.

La littérature présente la coopération volontaire comme préférable lorsque l'on souhaite favoriser l'accès aux services ou leur coordination, certainement deux enjeux clés. Cela ne signifie pas pour autant que les organisations partenaires ne peuvent pas se donner des mécanismes partagés de contrôle de leur collaboration ; ainsi, les modèles de guichet unique pour les personnes âgées des régions Mauricie-Centre-du-Québec et Montérégie (Robitaille, 2000) prévoient que leur structure sous-régionale de coordination peut remettre en question, au besoin, autant les attitudes que les contributions effectives de chacun des partenaires. Les organisations qui doivent collaborer disposent de multiples modalités pour le faire et la collaboration est d'autant plus facile que cette interaction s'appuie sur un engagement volontaire envers des objectifs partagés, respecte l'autonomie de chacune des organisations et repose sur des apports véritablement complémentaires. Ce faisant, les organisations démontrent l'inutilité d'une approche coercitive ou d'une fusion de structures autonomes.

## **L'ÉVOLUTION DES BESOINS AMÈNE LES ORGANISATIONS À TRAVAILLER ENSEMBLE**

Traditionnellement, la dispensation des services sociaux, communautaires et de santé dans nos sociétés est organisée de façon très fragmentée et il appartient à la population de faire elle-même les démarches nécessaires pour



demander à y avoir accès. Cet accès peut être fortement limité par l'encombrement des services ou des listes d'attente, des priorités organisationnelles, des critères restrictifs d'admissibilité, la disponibilité restreinte ou même l'absence complète de certaines ressources. Tous ces facteurs s'ajoutent au manque de coordination entre les organisations dispensatrices qui fonctionnent comme des silos étanches, isolés les uns des autres. Cela s'explique par le fait que, depuis le rapport Castonguay, on applique une logique traditionnelle de structuration des services sociaux et de santé, qui repose sur l'utilisation des ressources mises à la disposition des organisations par l'État pour accomplir une mission bien définie par la loi les constituant. Cette logique enferme les pratiques dans des frontières organisationnelles restrictives quant à la capacité de ces établissements de travailler ensemble pour répondre de façon complémentaire aux besoins complexes des usagers. Parallèlement aux établissements publics se sont développés des organismes communautaires, issus de mouvements sociaux et d'une logique d'autonomisation et de défense des droits. Bien que les deux types d'organisations collaborent occasionnellement, ces organisations fonctionnent le plus souvent chacune de leur côté (Rochon, 1988).

Sur une base territoriale, ou en fonction des problématiques (santé mentale, jeunesse, toxicomanie, etc.), des mécanismes souples de concertation (tables de concertation, regroupements, etc.) ont permis des échanges entraînant parfois des initiatives (mise sur pied de ressources nouvelles, développement d'une approche différente). Mais ces efforts concertés se sont toujours situés à la périphérie des fonctionnements organisationnels et n'ont jamais impliqué davantage que des contributions symboliques (présence occasionnelle d'un gestionnaire ou d'un intervenant, soutien d'un organisateur communautaire, etc.). Au Québec, la dispensation des services sociosanitaires, publics et privés, repose sur une approche où chaque service traite de façon isolée un aspect des besoins ou des problèmes d'une personne, d'une famille ou d'une problématique. Toutefois, l'évolution des besoins et leur complexité accrue ont conduit petit à petit à une remise en question de cette approche fragmentée des établissements publics. Différents courants externes, présents dans l'ensemble des pays développés, ont nourri cette critique en soulignant la finalité trop étroite de ces pratiques (approche holistique, mouvement pour l'humanisation des soins) et le manque de complémentarité des apports professionnels (interdisciplinarité). Cela a conduit à la reconnaissance d'un problème de fond : la méthode traditionnelle des organisations qui travaillent seules, en fonction de leur mission propre, peut se révéler inapte à répondre adéquatement et de façon continue à un éventail de besoins vécus par une partie importante des clientèles.

Le recours à des ressources externes aux organisations, souvent plus proches du milieu de vie des personnes, comme les interventions préventives en amont de la détérioration des situations, s'impose surtout si nous voulons éviter les effets pervers de l'institutionnalisation et de la chronicité des clientèles (Larivière, Bernier et Lapierre, 2000). Cette transformation progressive de la vision globale du rôle des organisations s'inscrit dans une lecture systémique et postmoderne, faisant place à des modes de structuration plus souples des pratiques reposant sur l'idée de continuum de services et de soins pouvant être dispensés de façon complémentaire par une multitude de ressources coordonnant leurs interventions. Cela suppose l'établissement de relations interpersonnelles entre les gestionnaires de ces organisations, de relations interprofessionnelles entre leurs intervenants, de relations interorganisationnelles entre leurs dirigeants et de relations intersectorielles avec des partenaires provenant d'autres milieux.

## **LES CONSÉQUENCES DU NOUVEAU PARADIGME**

Ce changement de direction entraîne la nécessité de rechercher la collaboration des partenaires potentiels pour répondre ensemble aux besoins, à partir des compétences et des ressources propres à chaque type d'organisation. De nouvelles formes de travail en commun s'imposent pour mettre en valeur l'expertise complémentaire des intervenants de différents partenaires. Elles prennent le plus souvent la forme d'un réseau intégré de services ou d'un continuum de services spécifiques à une clientèle. Selon Hjern et Porter (1981), un tel réseau nécessite un regroupement d'organisations (toutes celles qui contribuent à offrir des services à une clientèle), avec un noyau dynamique (généralement constitué des trois à cinq organisations les plus fréquemment impliquées dans la prestation de services et disposant des ressources les plus importantes pour celles-ci) et des structures de maintien du réseau (comités de travail, comité directeur, table de concertation, etc.). Il faut évidemment un projet clair pour mobiliser une gamme flexible, graduée et complexe de services institutionnels et d'organismes communautaires. Un tel projet leur permet d'articuler leurs contributions d'autant plus facilement que sont précisés la finalité du continuum, les valeurs qui sous-tendent la nouvelle approche, les modalités que ces acteurs se donnent pour coordonner effectivement leurs contributions et les rôles des partenaires. Loin d'être uniquement inspiré par des préoccupations d'efficience, ce type de projet prend tout son sens lorsqu'il est nourri par des considérations éthiques et philosophiques qui allient l'idée d'une amélioration de la qualité avec un projet social de transformation des rapports sociaux entre les établissements et leurs clientèles, reconnaissant, par exemple, toute l'importance de l'*empowerment* de celles-ci.

Les promoteurs initiaux forment généralement le noyau autour duquel le réseau se développe. Il s'agit le plus souvent des organismes les plus concernés par les besoins insatisfaits de la clientèle ou par la difficulté de coordonner les contributions complémentaires. Ce réseau ne prend forme que si ses promoteurs réussissent à obtenir l'adhésion des organisations entièrement ou partiellement concernées par leur projet (qu'il s'agisse d'établissements, de services publics ou d'organismes communautaires). Cette étape cruciale nécessite des négociations, des éclaircissements, des ajustements et du temps. Un réseau trop étendu, où un grand nombre de partenaires ne se sentent que très partiellement concernés, ne réussira jamais à véritablement intégrer ses services. Il est plus avantageux de relier les organisations périphériques à un continuum intégré de services par des ententes particulières. Mais une telle transformation culturelle ne s'improvise pas, pas plus qu'elle ne se décrète. Elle prend forme dans la mesure où la volonté de ses initiateurs s'appuie sur un certain nombre de conditions essentielles à sa réalisation. À partir de ce qu'ils ont observé en santé mentale, O'Brien et Bushnell (1980) décrivent 10 caractéristiques normatives qui permettent le plein développement d'un réseau d'organisations qui souhaitent se concerter et assurer des services complémentaires à une clientèle :

- L'accès de la clientèle (par un guichet unique, une ligne téléphonique continue ou, inversement, une multitude de points de services de divers types) ;
- L'information et la référence au service approprié ;
- La responsabilité (confiée à une organisation ou partagée) du maintien, du développement et de l'évaluation du réseau ;
- L'existence de protocoles définissant les contributions réciproques ;
- La mise en place d'un système commun d'information de gestion sur les services à la clientèle ;
- L'établissement de liens entre les programmes de services ;
- La tenue d'événements assurant une visibilité au réseau de services ;
- Des mécanismes de résolution des conflits ;
- Des mécanismes pour les plaintes des usagers ;
- Des canaux permettant de recevoir la rétroaction du public sur le réseau de services.

Bien entendu, un tel changement de paradigme n'est pas sans conséquences pour les organisations impliquées, leurs intervenants et leurs clientèles. Il y a des effets bénéfiques et des difficultés.

## Les effets bénéfiques

Parmi les effets bénéfiques habituellement recherchés, on note une meilleure accessibilité et une meilleure continuité des services, grâce à une complémentarité accrue des interventions qui devrait se traduire par la réduction du nombre de personnes dépourvues de services en raison de critères d'accès et la diminution du double emploi des services (par exemple, l'évaluation des besoins de la clientèle). Prises sous l'angle du personnel, de telles modifications devraient se traduire par des relations plus personnalisées entre les intervenants de ressources complémentaires, un accompagnement des clients référés, un soutien clinique des intervenants confrontés à des problématiques complexes et un style de gestion qui accorde de l'importance aux opinions du personnel au sujet de l'organisation de leur travail. Des recherches récentes dans le champ des services à la jeunesse, aux personnes âgées en perte d'autonomie et à d'autres clientèles permettent de constater, à partir d'indices divers, des améliorations variables, mais réelles, sur plusieurs aspects.

- Les références personnalisées sont souhaitées autant par les intervenants des ressources institutionnelles que des ressources communautaires, parce qu'elles assurent la continuité de la réponse apportée aux demandes formulées par les clients (Rondeau *et al.*, 1999). Il est par conséquent possible de se donner une telle pratique comme règle de conduite et de la mettre en application. Cela va d'ailleurs dans le sens des recommandations que formule le Conseil québécois d'agrément des établissements de santé et de services sociaux dans ses évaluations.
- La mise en place d'un guichet unique en maintien à domicile permet aux personnes âgées, identifiées comme présentant des risques, d'avoir accès à un vaste panier de services internes au CLSC provenant des institutions desservant le territoire et des ressources communautaires du milieu (Larivière, Hockenstein et Montejo, 2001). Bien entendu, selon qu'il s'agit de desservir un milieu rural ou urbain, le choix du type de guichet unique le mieux adapté peut varier et l'efficacité d'un tel mode de coordination des ressources dépendra de sa capacité de bien identifier les clientèles à risque et de leur apporter un soutien approprié. Le type de gestion de cas, plus clinique (assumé par un intervenant pivot) ou plus administratif (assumé par un intervenant gestionnaire de cas chargé de coordonner à la fois l'accès aux services et leur dispensation), peut aussi influencer sur les résultats ; des recherches en cours dans plusieurs régions du Québec (notamment en Mauricie–Centre-du-Québec et en Montérégie) permettront de mieux identifier les facteurs qui contribuent au succès ou à l'échec de ces processus de soutien à la collaboration interorganisationnelle.

- Lorsque la situation l'exige, de plus en plus d'intervenants de CLSC et de Centres jeunesse discutent de cas avec leurs partenaires, se font des références personnalisées, conviennent de plans individualisés de services et interviennent conjointement. Ces éléments constituent des modes de collaboration concrets découlant de l'entente-cadre intervenue entre les deux associations d'établissements en juin 1998 (Larivière, 2000).

### **Les difficultés**

Inversement, il faut aussi reconnaître que ces transformations des pratiques, sans doute nécessaires, se réalisent après que d'importantes compressions des dépenses de l'État furent appliquées à l'ensemble des établissements publics, réduisant leur marge de manœuvre et augmentant le fardeau de travail des ressources humaines qui restent en place. Cela se traduit inévitablement par un contexte défavorable, caractérisé par une surcharge de travail, une réduction du soutien et de l'encadrement, tant clinique qu'administratif, un stress au travail accru, la perte de l'expertise des employés les plus anciens à qui l'on a offert une préretraite, beaucoup de personnel inexpérimenté et mal préparé à assumer ces nouveaux rôles, etc. Mais il y a aussi des problèmes majeurs reliés à la gestion de ces organisations. Leurs dirigeants apparaissent plus habiles à transformer des structures qu'à redéfinir les orientations des pratiques. Leur style de gestion est plus souvent traditionnel, dominateur et bureaucratique, accordant très peu d'espace de décision aux cadres intermédiaires qui gèrent les services au quotidien, allouant peu d'autonomie aux équipes et peu de soutien au développement des nouvelles pratiques. L'obligation de résultat quant à la dispensation des services et aux transformations à apporter, la pression des listes d'attente et des débordements pèsent beaucoup plus lourd que les incitations à faire autrement. D'ailleurs, les systèmes de contrôle mis en place par l'État sont tous axés sur l'imputabilité individuelle des organisations et ne prennent pas réellement en compte les efforts consacrés à la concertation.

Cela explique pourquoi certains projets pourtant intéressants, comme l'approche milieu des Centres jeunesse de Montréal, donnent lieu à une formulation hâtive et peu articulée ; d'autres, comme la mise en place de l'accord-cadre entre les CLSC et les Centres jeunesse, ont mis beaucoup de temps à démarrer dans certaines régions. Ces initiatives portent en elles le ferment nécessaire pour réaliser des transformations beaucoup plus profondes dans nos façons de venir en aide à différentes clientèles. Elles apparaissent aussi incontournables, en ce sens que nous pouvons difficilement faire autrement que d'amener les organisations à mieux travailler ensemble. Mais cela pose aussi toute la question des conséquences de cette tendance

lourde sur les rapports entre les établissements publics eux-mêmes et sur leurs relations avec les organismes communautaires. Car les partenaires en présence, qu'ils soient institutionnels ou communautaires, n'ont ni le même poids, ni les mêmes moyens, ni les mêmes compétences. Leurs rôles et leurs apports doivent demeurer différents.

## DE LA COOPÉRATION CONFLICTUELLE À LA COLLABORATION RÉELLE

Bien que le discours associé à la transformation actuelle du réseau valorise une réponse de qualité, adaptée aux besoins évalués et offerte en temps opportun, à l'intérieur d'un véritable continuum de services, les conditions objectives, et peut-être subjectives, ne semblent généralement pas réunies pour que cela se réalise. Et ce n'est pas parce que l'on parle de concertation et de partenariat que les tensions se résorbent, que les pratiques changent, que les services deviennent plus accessibles. Plusieurs éléments essentiels doivent être réunis pour qu'un changement d'une telle envergure prenne forme dans une société et il n'est pas assuré que ceux-ci soient effectivement réunis.

- **Des ressources suffisantes.** Il s'agit ici non seulement des ressources humaines nécessaires pour donner les services eux-mêmes, mais également du temps requis pour se concerter (ce qui se traduit par un coût immédiat pour un gain potentiel à venir). Or, tant les gestionnaires que les intervenants des organisations publiques sont essouffés par leurs tâches actuelles. Quant aux organismes communautaires, chaque contribution à une structure de concertation pèse lourdement sur la disponibilité des permanents pour accomplir leur finalité première en raison de ressources très limitées. Des projets de partenariat et des mécanismes d'actions concertées nécessitent aussi un soutien financier, mais celui-ci est rarement élevé en raison de l'approche souple et légère préconisée.
- **Des processus facilitants et des moyens de soutien.** Au-delà du leadership requis des décideurs politiques et des dirigeants des organisations au cœur de cette transformation des pratiques (politiques d'appui, discours public, incitation aux débats et sollicitation de projets), il faut que les initiatives des intervenants et des gestionnaires soient encouragées et reconnues. Pour que ces processus produisent ensuite des résultats concrets, il est nécessaire qu'une information précise soit fournie, que des formations spécifiques soient offertes et que les gestionnaires soutiennent cliniquement le personnel impliqué. Paradoxalement, les habiletés de plus en plus requises de la part des intervenants pour accomplir leur travail (travail

d'équipe, interdisciplinarité, gestion de cas) ne font pas l'objet d'un enseignement dans les écoles professionnelles, ce qui nécessitera une importante mise à niveau des connaissances du personnel.

- **Des attitudes ouvertes et un style de gestion favorable.** Comme nous l'avons précisé précédemment, le type de relations qui permet l'établissement d'actions concertées nécessite des attitudes personnelles positives. Or, Glisson et Hemmelgarn (1998) ont souligné que le style de gestion interne des organisations a un impact déterminant sur leurs pratiques interorganisationnelles, constatant que là où le climat organisationnel est moins harmonieux, le personnel est moins enclin à développer des relations ouvertes avec ses partenaires. Les acteurs considèrent en quelque sorte que cela relève des dirigeants, puisqu'ils veulent tout contrôler, répercutant ainsi la rigidité interne sur l'environnement externe.

## CONCLUSION : UN PASSAGE OBLIGÉ MAIS DIFFICILE

L'évolution des besoins des clientèles et la nécessité d'utiliser les ressources complémentaires de multiples organisations pour bien y répondre créent un contexte particulier où la coopération devient une nécessité. L'État qui soutient ces ressources fait face à deux approches opposées : la coercition et l'encouragement à la collaboration volontaire. La première option apparaît plus simple et passe par la fusion des principales institutions, obligées d'intégrer leurs structures pour ajuster leurs services. Mais elle comporte des risques importants en raison du fait que le mariage des cultures et des pratiques demande du temps et s'impose difficilement dans un milieu professionnel. L'autre option, le soutien à la mise en place de continuums de services, constitue un compromis préservant l'essentiel de l'autonomie des organisations tout en permettant l'amélioration sensible des services à la clientèle, objectif autour duquel l'ensemble des acteurs sociaux s'entendent facilement. Dans le contexte actuel, les pratiques concertées constituent une sorte de passage obligé pour utiliser au mieux des ressources communes rares et pour offrir à des clientèles des services accessibles, complémentaires et continus. Toutefois, il nous faut reconnaître que ce passage ne se réalise bien que dans la mesure où l'ensemble de ceux qui s'y engagent y trouvent une reconnaissance de leur contribution spécifique. Cela ressort clairement de l'ensemble de la littérature que nous avons citée précédemment.

Le respect de la spécificité est particulièrement important pour les ressources communautaires qui, contrairement aux organisations publiques, ne visent pas spécifiquement à offrir des services à des clientèles. Bien entendu, certains organismes communautaires offrent une gamme de services

complémentaires à ceux des organisations publiques. L'exemple des popotes roulantes et de l'accompagnement en maintien à domicile, où des bénévoles contribuent à réaliser des tâches qui pourraient difficilement être assumées par le personnel des CLSC, est bien connu. Mais ce type d'organisme, bien qu'il soit issu de l'initiative du milieu et repose sur la participation communautaire pour fonctionner, s'inscrit tout à fait dans la logique planifiée du continuum de services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Seules ses caractéristiques de don et d'approche relationnelle entre personnes d'une même génération le distinguent nettement des services publics.

D'autres organismes communautaires, tout en apportant aussi des contributions qui peuvent prendre la forme de services, visent avant tout à transformer les rapports sociaux vécus par leurs usagers, afin de briser leur isolement social et de leur offrir un moyen de s'en sortir par l'entraide et la solidarité. Cette finalité transformationnelle occupe une place plus importante que la dispensation des services eux-mêmes. Toute tentative pour réduire leur contribution à ce seul rôle de dispensateur de services est certainement inacceptable et vouée à un échec retentissant, car elle engendrera une mobilisation importante des organismes communautaires contre l'intention même de les assimiler à un réseau intégré de services. On comprend, à partir de cette illustration d'un enjeu concret qui risque de se faire jour très prochainement, l'importance pour les organismes communautaires de disposer d'une politique québécoise respectueuse de leur contribution spécifique et leur assurant un financement qui ne soit pas tributaire de leur seule collaboration à des continuums de services publics. Enfin, nous devons reconnaître que ce passage de la coopération conflictuelle (où chacun essaie de défendre ses intérêts et sa vision des choses) à une collaboration réelle (où les intérêts de la population priment) ne peut être imposé par l'État. La volonté d'un tel changement et les efforts nécessaires pour y parvenir dépendent en premier lieu des personnes responsables de la gestion des organismes touchés, qu'ils soient communautaires ou institutionnels.

## Bibliographie

- ANTIL, T., DROUIN, M. et G. DUGRÉ (1993). *Bilan des activités intersectorielles de la direction de la santé publique du MSSS*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- COLLECTIF (1994). « Dossier : L'arrimage entre le communautaire et le secteur public », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 7, n° 1, 274 pages.
- CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ÉDUCATION (1995). *Le partenariat : une façon de réaliser la mission de formation en éducation des adultes*, Québec.
- FORTIN, J.-P., GROLEAU, G., LEMIEUX, V., O'NEIL, M. et P. LAMARCHE (1994). *L'action intersectorielle en santé*, Québec, Université Laval et Direction régionale de la santé publique de Québec.



- GLISSON, C. et A. HEMMELGARN (1998). «The effects of organizational climate and interorganizational coordination on the quality and outcomes of children's services», *Child Abuse & Neglect*, vol. 22, n° 5, 401-421.
- GOYETTE, M., BOUFFARD, B., LARIVIÈRE, C. et J. LAPIERRE (2000). «La concertation et le partenariat aux Centres jeunesse de Montréal: des pratiques à soutenir», dans LARIVIÈRE, C., BERNIER, D. et J. LAPIERRE, *Les transformations des centres jeunesse de Montréal et de Québec*, Montréal, Institut pour le développement social des jeunes.
- HASENFELD, Y. (1983). *Human Service Organizations*, Englewood Cliffs (NJ), Prentice-Hall, 276 pages.
- HJERN, B. et D. PORTER (1981). «Implementation structures: A new unit of administrative analysis», *Organization Studies*, n° 2, 311-327.
- LAMOUREUX, J. (1994). *Le partenariat à l'épreuve*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 235 pages.
- LARIVIÈRE, C. (2000). *État de la collaboration entre les partenaires CJ et CLSC en 2000*, Montréal, Association des Centres jeunesse du Québec et Association des CLSC et des CHSLD du Québec.
- LARIVIÈRE, C., BERNIER, D. et J. LAPIERRE, (2000). *Les transformations des centres jeunesse de Montréal et de Québec*, Montréal, Institut pour le développement social des jeunes.
- LARIVIÈRE, C., HOCKENSTEIN, E. et M. MONTEJO (2001). *L'implantation du guichet unique dans sept CLSC montréalais*, Côte-Saint-Luc, Institut de gérontologie sociale et CLSC René-Cassin.
- MEYER, J. et B. ROWAN, (1977). «Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony», *American Journal of Sociology*, n° 83, 340-363.
- NEUGEBORN, B. (1985). *Organization, Police and Practice in the Human Services*, New York, Longman, 346 pages.
- O'BRIEN, G. et J. BUSHNELL (1980). «Interorganizational behavior», dans FELDMAN, S. (sous la direction de), *The Administration of Mental Health Services*, Springfield (Illinois.), Ch. C. Thomas, 359 pages.
- OUELLET, F., PAIEMENT, M. et P. TREMBLAY (1995). *L'action intersectorielle, un jeu d'équipe*, Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre et CECOM de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.
- PANET-RAYMOND, J. (1994). «Les conditions du partenariat entre les CLSC et les organismes communautaires dans le contexte de la loi 120», dans FAVREAU, L., LACHAPPELLE, R. et L. CHAGNON, *Pratiques d'action communautaire en CLSC, acquis et défis d'aujourd'hui*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 87-97.
- PANET-RAYMOND, J. et D. BOURQUE (1991). *Partenariat ou pater-nariat ?*, Montréal, Université de Montréal, École de service social, Groupe de recherche en développement communautaire, 244 pages.
- PARSONS, R., JORGENSEN, J. et S. HERNANDEZ (1994). *The Integration of Social Work Practice*, Pacific Grove (Calif.), Brooks/Cole Pub. Co., 318 pages.

- RAELIN, J. (1982). « A policy output model of interorganizational relations », *Organizations Studies*, no 3, 243-267.
- REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (RRASMQ) (1997). *Réactions du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec aux « Orientations pour la transformation des services de santé mentale » du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Montréal.
- RENÉ, J.-F., FOURNIER, D. et L. GERVAIS (1997). *Transformation des pratiques en contextes de régionalisation à Montréal. Recherche coopérative avec des intervenants communautaires*, Montréal, Centre de formation populaire (CFP).
- ROBITAILLE, M. (2000). *Vers un réseau intégré de services pour les personnes âgées*, Châteauguay, Comité de coordination PAPA.
- ROCHON, J. (1988). *Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Les Publications du Québec.
- RONDEAU, A., LAUZON, N., LARIVIÈRE, C., FOURNIER, D. et S. LALIBERTÉ (1999). *Projet de site pilote pour l'amélioration de la qualité des services et la satisfaction des usagers ; volet : Relations avec la communauté*, Montréal, Centre d'études en transformation des organisations, École des HEC et École de service social.
- ROSSI, R., GILMARTIN, K. et C. DAYTON (1982). *Agencies Working Together: A Guide to Coordination and Planning*, Beverly Hills, Sage Publications.
- SAINT-JACQUES, D. (1992). *Développement d'un programme concerté dans un contexte multisectoriel. Promotion de la santé et prévention primaire des toxicomanies chez les jeunes. Module 7 : L'arrimage des ressources du milieu*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- SCHNEIDER, R. (1989). *Gestion par concertation*, Montréal, Agence d'Arc, 129 pages.
- TABLE DES REGROUPEMENTS D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET BÉNÉVOLES (TROCB) (1995). *Les épreuves et le défi du partenariat*, Québec.
- WEICK, K. (1976). « Educational organizations as loosely coupled systems », *Administrative Science Quarterly*, n° 21, 1-19.