

# Le partenariat dans le champ des troubles mentaux dix ans après la politique de santé mentale

Monique Carrière

Volume 26, numéro 1, printemps 2001

Paternité et santé mentale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/014519ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/014519ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

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. <https://doi.org/10.7202/014519ar>

Résumé de l'article

Cet article examine le phénomène du partenariat à partir de la politique de santé mentale au Québec de 1989 qui le proposait comme solution au problème de collaboration entre les acteurs sociaux. Le partenariat est documenté en tenant compte du contexte où il a été prescrit et en faisant une synthèse des travaux qui s'y rapportent. L'ambiguïté conceptuelle est exposée parallèlement au fait que le partenariat a tendance à être abordé de manière unidimensionnelle alors qu'en sa qualité de relation d'échange il a à la fois des dimensions économique et instrumentale comme des dimensions sociopolitiques. L'article se termine par une série de recommandations à prendre en compte en recherche afin de mieux comprendre l'ensemble des actions et des interactions dans le champ des troubles mentaux.



## Le partenariat dans le champ des troubles mentaux dix ans après la politique de santé mentale

Monique Carrière\*

Cet article examine le phénomène du partenariat à partir de la politique de santé mentale au Québec de 1989 qui le proposait comme solution au problème de collaboration entre les acteurs sociaux. Le partenariat est documenté en tenant compte du contexte où il a été prescrit et en faisant une synthèse des travaux qui s'y rapportent. L'ambiguïté conceptuelle est exposée parallèlement au fait que le partenariat a tendance à être abordé de manière unidimensionnelle alors qu'en sa qualité de relation d'échange il a à la fois des dimensions économique et instrumentale comme des dimensions sociopolitiques. L'article se termine par une série de recommandations à prendre en compte en recherche afin de mieux comprendre l'ensemble des actions et des interactions dans le champ des troubles mentaux.

La première politique de santé mentale au Québec, énoncée en 1989 dans la foulée des rapports Harnois (1987) et Rochon (1988), renchérit sur le problème de la collaboration entre les acteurs sociaux et propose une solution, soit celle du partenariat. Or, tout observateur des sociétés démocratiques occidentales aura remarqué que le mot partenariat est sur toutes les lèvres<sup>1</sup>. Parallèlement, le Québec traverse une crise des finances publiques en même temps qu'une crise du mode de régulation des groupes sociaux (Lévesque et Mager, 1992), une crise des connaissances et une crise des valeurs (Contandriopoulous, 1994). La société québécoise se diversifie à une vitesse accélérée (Langlois, 1990), l'État-providence est remis en question, les professionnels de la santé sont pris à partie. De façon générale, on réclame plus de démocratie, de participation et d'« empowerment ». La désinstitutionnalisation amorcée il y a trente ans en psychiatrie piétine ou devient chaotique et, plus

\* Monique Carrière, Ph.D. est professeure adjointe au département de réadaptation de la Faculté de médecine de l'Université Laval et chercheure au Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard dans l'axe « organisation des services de santé mentale ».

### Remerciements

L'auteure tient à remercier M. Clermont Bégin pour ses commentaires et suggestions généreusement offerts tout au long de la préparation de cet article. M. Bégin a aussi été directeur de la thèse de l'auteure. Cet article est issu des travaux de doctorat de l'auteure réalisés dans le cadre d'un congé de perfectionnement octroyé par l'Université Laval.

récemment, le système de santé et des services sociaux accélère le virage ambulatoire entrepris timidement, entraînant une reconfiguration globale de son réseau. Dans ce contexte, les autorités gouvernementales se consacrent à ce qu'elles appellent la rationalisation des services publics et font appel à la collaboration et au partenariat dans toutes les sphères d'activités. Il y a là matière à réflexion. Qu'est-ce que le partenariat ? Qu'est-ce qui se passe sur le terrain entre les acteurs concernés quotidiennement par les troubles mentaux ?

Cet article fait le point sur le partenariat proposé dans la politique de santé mentale au Québec et expose son ambiguïté conceptuelle. De plus, il montre que la mise en œuvre de cette politique et de son message, unificateur en apparence, confronte en réalité des logiques différentes et entraîne une certaine confusion chez les acteurs. Enfin des pistes de recherche sont proposées afin de mieux comprendre l'ensemble des actions et interactions dans le champ des troubles mentaux.

En 1989, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) annonce une ère nouvelle en formulant pour la première fois ses orientations en santé mentale. Avec sa politique de santé mentale, le MSSS vise, d'une part, l'amélioration de la prestation et de l'organisation des services et, d'autre part, l'amélioration de la santé mentale de la population en général. La politique montre donc un intérêt non seulement pour les personnes souffrant de troubles graves et persistants mais pour les autres susceptibles de développer des problèmes de santé mentale. Justement, elle fait référence à l'enquête Santé Québec (1988) qui mesure le niveau de détresse psychologique de la population. Même si, officiellement, l'accent reste mis sur le premier ensemble de personnes, compte tenu de l'acuité de leurs problèmes et de l'intensité de leurs besoins, la perspective change et se déplace vers la santé mentale et les relations avec l'environnement. Cette politique remet une fois de plus la personne au centre des préoccupations, encourage la recherche de solution dans le milieu de vie et fait appel à la mobilisation concertée de tous les acteurs, d'où qu'ils soient, y compris la personne ayant des problèmes de santé mentale et ses proches.

La politique de santé mentale passe ainsi à un ordre de préoccupation particulier, celui des pratiques et des rapports entre les acteurs. Le MSSS entend responsabiliser la personne et la communauté et met de l'avant l'approche communautaire. Pour ce faire, il promet de financer les organismes communautaires et de les associer à la planification et à l'organisation des services via leur participation à des comités tripartites. Par ailleurs, le projet vise ni plus ni moins qu'à réunir tous les acteurs en consolidant et en élargissant le partenariat à tous les niveaux :

central, régional et local. Selon Lamoureux (1994) et Boudreau (1991a), cette politique institutionnalise en quelque sorte le partenariat par décret, en le proposant comme mode privilégié d'organisation des services et en le désignant, un peu paradoxalement, comme solution aux problèmes de collaboration entre les acteurs et au mauvais fonctionnement du système, en particulier, et de l'État et de la société, en général. Le partenariat officialisé par la politique devient donc un élément important de tout le processus de réorganisation sociale (White, 1993). La politique ne délimite cependant pas les champs de pratique des uns et des autres, bien que ce soit un des enjeux relevés dans le rapport Harnois de 1987.

Si, comme le soutient Lemieux (1994), les politiques publiques sont des tentatives de régulation de situations présentant un problème public dans une collectivité ou entre des collectivités, la politique de santé mentale ressemble à un discours construit pour orienter, mobiliser un ensemble d'acteurs et les convaincre de collaborer pour offrir de meilleurs services, mieux coordonnés, tout en soulageant l'État d'un certain nombre de problèmes auxquels il fait face. Duperré (1992) démontre que cet appel au changement de 1989 est le résultat de la conjugaison d'une logique descendante et d'une logique ascendante. D'une part, l'État est intéressé à transférer des responsabilités dont il avait héritées dans le passé et qui lui coûtent cher; d'autre part, les groupes communautaires assurent qu'ils peuvent faire mieux et autrement. Pendant son élaboration et après sa publication, la politique suscite des réactions qui touchent principalement cette question du partenariat, des rapports entre les acteurs et de leurs activités. Le partenariat proposé est porteur d'espoir mais il éveille aussi des craintes. Il n'y a certes pas unanimité sur la question. On peut se demander comment les acteurs vont agir dans le champ des troubles mentaux maintenant que le MSSS a lancé son message. Cette question est d'autant plus pertinente que le partenariat est défini de manière assez vague dans la politique et qu'il semble passer simplement par l'attitude positive et la bonne volonté des intervenants.

[...] Le partenariat est une façon de faire et non une ligne de conduite réglementaire. [...] Le partenariat, c'est d'abord une question d'attitudes. (p. 26) [...] dans un esprit de partenariat. [...] Il ne saurait être question pour le Ministère de préciser davantage les rôles et les responsabilités de chacun (Gouvernement du Québec, MSSS, 1989, 54).

[...] Il (le partenariat) implique trois conditions : la reconnaissance du potentiel de chacun des partenaires, l'existence de rapports ouverts entre ceux-ci et l'adoption d'objectifs communs. [...] Il [le partenariat] trouve assise dans l'intervention, la planification, l'organisation et la gestion des services (Gouvernement du Québec, MSSS, 1989, 26).

Selon Boudreau (1991a), le concept proposé dans la politique est indéfini mais puissant et évocateur d'idéal. Cette idée avait été introduite en novembre 1985 lors de la conférence nationale de l'Association canadienne de la santé mentale, intitulée « *Empowerment through Partnerships* » ; elle est liée aux concepts de démocratisation et de partage du pouvoir véhiculés par le mouvement communautaire, très actif dans ces débats. L'idée, reprise dans le rapport Harnois, *Pour un partenariat élargi*, a été largement utilisée par la suite.

Dans un premier temps, situons la politique de santé mentale dans son contexte et examinons les nombreux travaux qui en ont découlé, notamment ceux sur le partenariat puisque c'est un des mots clés de cette politique et un des objectifs de la réforme que de modifier les pratiques et les rapports entre les acteurs.

### **Quelques éléments contextuels**

Après avoir parlé de folie, puis de maladie mentale, il est maintenant question de santé mentale et d'intervention selon une approche communautaire. La santé mentale est vue à partir d'un modèle écologiste qui dépasse l'absence de maladie mentale pour associer la santé mentale à l'adaptation à son milieu et à l'actualisation de soi. Cette perspective élargie entraîne l'engagement d'une multitude d'acteurs dans une grande variété de circonstances et de lieux. Le traitement de la maladie n'est qu'une préoccupation parmi d'autres touchant le logement, l'alimentation, la sécurité du revenu, le travail, les loisirs et le reste. Le vaste champ de la santé mentale a des caractéristiques qui, comme les événements qui jalonnent son histoire, interviennent dans les débats centraux et inépuisables à son sujet, comme au sujet des troubles mentaux en particulier. Qu'on pense au fait que la santé mentale elle-même est un objet complexe, flou et dynamique ; que l'objet d'échange est lié à l'humain, donc singulier, et intéressé, chargé de sens ; que le savoir est incertain, teinté d'idéologie, marqué d'incompréhension, d'ambivalence et de paradoxes ; que le champ est fragmenté, sans consensus, partagé entre plusieurs groupes d'acteurs ayant des logiques différentes ; et qu'une tension entre la différenciation et l'uniformisation du champ se maintient constamment (White, 1990). La situation est manifestement complexe !

De plus, on peut dire que les échanges y sont politisés en raison, notamment, du caractère flou et changeant de la notion de santé mentale, de l'absence de techniques de mesure permettant d'évaluer et de comparer l'apport des intervenants actuels ou éventuels, et de l'interchangeabilité présumée des acteurs. D'ailleurs, à la suite de son analyse so-

ciopolitique des services psychiatriques, Boudreau (1984) soutient que l'évolution en santé mentale au Québec a procédé par crises successives. À chaque crise, un groupe est invalidé par un autre qui lui succède, définit les problèmes et maîtrise l'organisation des services.

Dans le même sens, les différents travaux des années 80 touchant les services de santé et les services sociaux, notamment ceux qui ont entouré les rapports Harnois et Rochon, mettent principalement l'accent sur le manque de collaboration lié aux jeux stratégiques et aux intérêts des groupes sociaux particuliers. Dans l'ensemble, on y déplore la fermeture du système et sa rigidité, associées à une logique administrative. Le système de santé est traité en bloc, comme un système intégré. Ce sont son manque d'unité et de cohérence, ses coûts importants et son échec à réaliser sa finalité qui ressortent. Le réseau public est considéré sous ses aspects organisationnels et institutionnels, la tendance veut qu'on examine avec grande attention ses structures, la division et la spécialisation des tâches, ainsi que son rendement. Les conflits et leurs enjeux sont analysés à la lumière des divers intérêts sectoriels ; ils sont dénoncés, il faut qu'ils disparaissent car ils sont dysfonctionnels. Les observateurs tels que Boudreau (1984) et Wallot (1989) constatent que les divergences et les conflits perdurent mais la politique n'en parle pas et les occulte en prônant un partenariat entre tous. Parallèlement, les coûts du système augmentent toujours et inquiètent le gouvernement, qui se fixe un objectif de déficit zéro au milieu des années 90. La politique de santé mentale va donc se conjuguer avec une transformation du système de santé, impliquant une réorganisation majeure des ressources humaines, matérielles et financières. On procède à la création de nouveaux acteurs (trois types d'organismes communautaires et des équipes de santé mentale dans les CLSC) tandis qu'on fusionne, ferme ou modifie ailleurs. Il y a de l'incertitude et de la tension dans l'air. On se demande qui fera quoi.

### **Le partenariat et la décentralisation annoncés dans la politique**

Les auteurs de la politique de santé mentale exposent surtout des modalités administratives de changement et s'appuient sur une définition des besoins basée principalement sur des indicateurs épidémiologiques, donc quantifiables, normalisés et d'apparence neutre. La solution envisagée pour les lacunes et la rigidité du réseau public de services et tous les problèmes de revendications contradictoires, de collaboration et de coordination, est le partenariat et la décentralisation vers les régions. Ces deux solutions maintenant liées ne sont pas tout à fait nouvelles puisqu'on veut consolider et élargir un partenariat qui existait déjà sous

d'autres formes et d'autres appellations et qu'on accentue une régionalisation définie et mise en place progressivement au cours des années 70. Cette décentralisation est présentée comme une solution de gestion plus pragmatique, plus flexible, plus libérale et plus efficace. Elle met de l'avant les principes d'autogestion et d'égalité, elle a la crédibilité de l'idéal démocratique par la participation qu'elle appelle. Enfin, elle interpelle directement le citoyen et récupère les échecs de la centralisation et des politiques institutionnelles. White (1993) a constaté que pendant la période où elle les a observés, les acteurs locaux réussissent à s'approprier les processus de réforme et à les transformer. Mais, d'autres voient cette décentralisation autrement, et parlent plutôt d'une décentralisation administrative (Deschênes et al., 1996), d'une déconcentration administrative (RRASMQ, 1991 ; Turgeon et Lemieux, 1998) ou d'une localisation du social (Garnier, 1982)<sup>2</sup>. Les rapports recommandés entre les acteurs continuent de s'inscrire dans une structure hiérarchique connue et maintenue bien en place. En effet, c'est toujours le MSSS qui mandate les conseils régionaux<sup>3</sup>. C'est encore lui qui alloue l'enveloppe régionale et approuve les plans d'organisation avant d'en confier la réalisation et la gestion aux conseils, lesquels en sont imputables et doivent lui rendre des comptes. En outre, il est clair que les mandats déjà dévolus aux établissements par la loi demeurent. On ne fait pas table rase, on compose avec les ressources et les règles du jeu en place. La concertation et l'harmonisation sont visées à travers la mise en place de mécanismes de participation, de comités et de plans. Qu'on pense aux plans de désinstitutionnalisation, aux plans régionaux d'organisation des services (PROS) et aux plans de services individualisés (PSI). Les concepteurs du projet sont convaincus que les gens de chaque région, une fois assis ensemble, arriveront à se mettre d'accord et à créer un système de services intégré, cohérent et efficace.

Le partenariat, dans son sens le plus générique de rapports entre acteurs, concerne, en santé mentale, les rapprochements et les échanges entre des mondes conçus jusqu'alors comme distincts, voire différents : le public et le communautaire. Les différences entre ces mondes sont nombreuses et touchent leur nature, leur histoire, leur statut, leur taille, leur constitution, leur culture, leur expérience, leurs projets, leurs stratégies et leurs activités. Cependant, il faut noter que le public et le communautaire ne forment pas des blocs homogènes et exclusifs l'un de l'autre. En effet, on retrouve plusieurs sous-groupes à l'intérieur de chacune de ces grandes catégories d'acteurs. En outre, même si on a tendance à opposer systématiquement le communautaire et l'institutionnel étatique, ils sont en étroite interdépendance, ils s'interpénètrent et s'influencent (Fortin, 1994 ; Lamoureux, 1994). Enfin, la politique de santé

mentale invoque un partenariat entre tous, ce qui inclut la personne atteinte de troubles et ses proches ainsi que tous les autres acteurs du secteur socio-économique. Dans cette optique, il faut reconnaître que le partenariat dépasse le cadre des relations dyadiques et qu'il se situe dans un réseau enchevêtré d'interactions. Il implique en général plusieurs acteurs, des groupes et des réseaux complexes, dont les relations, comme entre organisations peuvent prendre diverses formes (Cook, 1990) et s'appuyer sur différentes motivations (Oliver, 1990)<sup>4</sup>. Ainsi, la réciprocité n'est pas la seule forme possible, les relations peuvent être unilatérales, bilatérales et même multilatérales, les liens peuvent être positifs ou négatifs, c'est-à-dire que les rapports peuvent être plus ou moins en accord, féconds et agréables ou discordants, stériles et déplaisants. Malgré ces diverses possibilités démontrées théoriquement et empiriquement, plusieurs entretiennent l'idée que le partenariat véritable correspond à des relations de réciprocité où les rapports sont équitables, harmonieux, marqués par le soutien mutuel et placés à l'opposé d'une quelconque coercition et des conflits.

L'examen des travaux sur le partenariat en santé mentale au Québec montre que, dans l'ensemble, les intervenants dans ce champ de la santé sont favorables à l'idée de partenariat et collaborent déjà de manière ponctuelle (Boudreau, 1991b; Lamoureux, 1994; Lebeau et Viens; White et al., 1992) et dans le cadre de leurs relations individuelles (Godbout et al., 1987; Carrière, 1998), mais ils restent sur leurs positions et font valoir leurs conditions. Godbout et al. (1987) signalaient, avant la politique de santé mentale, qu'il y a très peu de relations formelles entre les établissements publics et les organismes communautaires mais que le réseau public entretient souvent des relations de soutien au démarrage et au fonctionnement d'organismes communautaires, tout comme les professionnels de la santé. Boucher (1998) rapporte qu'il y a toujours des collaborations, notamment entre les CLSC et ces organismes, sur une base informelle, d'individu à individu, pour des cas précis mais que les ententes interorganisationnelles sont rares. Boucher (1998) et Carrière (1998) constatent que les intervenants sur le terrain n'estiment pas souhaitable et nécessaire de mettre en place des mécanismes formels de coordination. Dans l'étude de cas de Carrière (1998), les intervenants, peu importe leur appartenance, affirment qu'ils se parlent quand ils le jugent nécessaire, quand les cas sont compliqués ou que la crise est difficile à résoudre, quand la personne résiste au traitement ou qu'eux-mêmes sentent le besoin de se concerter quant à l'action à prendre. Ils affirment aussi vouloir développer des relations directes sans médiation hiérarchique. Parallèlement, ils mentionnent toutes sortes de raisons de ne pas se parler, notamment le fait qu'ils ne se connaissent



pas. Le climat général de tension et d'opposition qui persiste dans ce champ entretient la prudence voire la méfiance, ainsi qu'une sorte de fermeture ; puisqu'on n'a pas de point commun, on travaille chacun de son côté, et puisqu'on considère la demande actuelle de la personne, on fait abstraction des événements et des interventions passés. De plus, la volonté de respecter la confidentialité et de responsabiliser la personne, tout comme l'incertitude quant aux réactions de l'interlocuteur, freine les échanges entre les intervenants. Sans compter que la personne elle-même peut refuser que les intervenants se transmettent des informations ou discutent entre eux. Même s'ils ne se parlent pas directement, la personne reste à l'intersection des échanges entre les uns et les autres et elle relaie des messages qui peuvent être plus ou moins distordus, compromettant d'une autre manière les rapports entre les divers groupes d'intervenants.

Dans un premier temps, la tendance est à blâmer les intervenants pour ces attitudes et comportements. Peu après la politique de santé mentale, plusieurs auteurs comme Lebeau et Viens (1991) déploraient le manque de collaboration ou de partenariat et imputaient cet état de fait aux intervenants et à leurs intérêts d'ordre professionnel ou politique. Puis, à propos de la concertation régionale, Turgeon et Landry (1995) ajoutent que les impératifs de la rationalisation et les ambitions de la démocratisation et de la participation sont difficiles à concilier. On peut même penser que les membres des comités tripartites ne peuvent pas négocier n'importe quoi et qu'ils sont dans une situation impossible. Paquin (1992) rappelle aussi qu'en période de décroissance, la participation des uns et des autres ne minimise pas la résistance au changement, au contraire. Si on a la possibilité de se faire entendre, on fera connaître son point de vue et des divergences apparaîtront forcément. Forest et al. (1994) concluent qu'il faut réfléchir sur les situations qui rendent possible la participation des citoyens dans un système hautement centralisé et régulé administrativement. Avec la Loi 83 (1995), qui donne pleins pouvoirs au ministre pour la fermeture des hôpitaux et l'autorise à passer outre aux décisions des régies, on peut constater une fois de plus que volonté politique, raisons financières et partenariat peuvent s'opposer ! Tout compte fait, les acteurs veulent participer et collaborer mais le contexte ne le facilite pas toujours. De plus, les acteurs se préoccupent du cadre d'interaction et des modalités d'échanges, et veulent les ajuster pour qu'ils leur conviennent. Les acteurs sociaux ont un comportement stratégique quoi qu'on en pense.

Si certains sont enthousiastes et font la promotion d'une forme de partenariat, d'autres se montrent critiques et méfiants, craignent une

éventuelle récupération des ressources alternatives déguisée en partenariat (Guberman, 1990; Lamoureux, 1994; Therrien, 1990; Lecomte, 1991) ou redoutent l'émergence d'un système de sous-traitants. D'autres craignent au nom de la diversité et de l'innovation que cette politique ne fasse la promotion de la rigidité et de l'uniformité (White et Mercier, 1989; Boucher, 1998). À ce propos, quelques auteurs relatent des expériences de partenariat décevantes (Lebeau et Viens, 1991; Lamoureux, 1994) ou circonstancielles et peu engageantes (Lebeau et Viens, 1991; Hamel, 1993); d'autres expriment leurs réserves quant à l'éventuelle contribution du partenariat à la démocratie et à la solidarité (Baby, 1994; Barbier, 1994; Boudreau, 1991a; Gill, 1989; Lévesque et Mager, 1992). Malgré tout, Boudreau (1991b) affirme que beaucoup d'intervenants reconnaissent tout autant la nécessité que la difficulté de mettre en place et de maintenir des relations partenariales. Ces relations sont considérées ici comme des relations d'échange qui peuvent prendre plusieurs formes tout en incluant une sorte d'entente pour qu'elles soient plus régulières. En effet, malgré les différences qui les séparent, il semble que bien des acteurs envisagent d'établir des relations partenariales et que les problèmes se manifestent au moment de réaliser le projet. Dans l'ensemble, il est reconnu que le partenariat ne s'improvise pas; il se prépare et se développe progressivement. Il semble qu'il soit lié aux interprétations de chacun et ancré dans les activités et les relations déjà existantes; il suscite à la fois de la coopération et des conflits. La politique de santé mentale en commandant la collaboration supposait plus qu'un ajout de ressources et la mise en place de mécanismes de coordination, plus qu'un déplacement du lieu d'intervention ou la reconnaissance de certains acteurs: elle a mis en branle un processus de réaménagement des pratiques et des interactions des acteurs. Il y a des enjeux importants pour tous les acteurs derrière l'appel au partenariat et les dispositions prises pour le mettre en œuvre. Ces enjeux concernent entre autres l'octroi et la mobilisation des ressources, la légitimité des intervenants et des pratiques ainsi que la position d'autorité dans le système.

C'est d'autant plus vrai que cette politique marque la transition entre l'avant et l'après. Dorénavant, en santé mentale, les CLSC seront en première ligne et les hôpitaux en deuxième (Gouvernement du Québec, 1989b, Rochon 1996). Non seulement le ministère dit que le système a des limites mais il exprime un jugement défavorable à son égard et le tient responsable de certaines réalités qu'il veut corriger en passant des services des spécialistes à ceux plus généraux de la communauté (Gouvernement, 1989b). Les intervenants hospitaliers se sentent blâmés et reniés tandis que les nouveaux acteurs se sentent invités et validés. Comme dirait Kingdon (1995), ces derniers profitent de l'ouverture

d'une fenêtre d'opportunité. En effet, ils sont en quête d'une légitimité et de rapports plus égalitaires avec l'appareil socio-sanitaire public, les conditions deviennent favorables et ils feront des progrès importants. Enfin en 1997, le ministre annonce la fermeture de la moitié des lits psychiatriques qui restent. Il a déjà demandé une réduction du nombre et de la durée des hospitalisations et prévoit inverser la proportion des dépenses entre l'hospitalisation et les services dans le milieu de vie. Les impératifs financiers gagnent l'avant-scène, et de la réforme, on passe à la transformation du réseau. Parallèlement apparaît chez les planificateurs du réseau une tendance à vouloir séparer les services curatifs et les services sociocommunitaires en deux pôles distincts, situés en des lieux différents, le CH et le CLSC, et rendus par des acteurs différents pour ensuite les arrimer par divers mécanismes. Dans ce contexte, des ressources importantes sont transférées aux CLSC tandis que les organismes communautaires conservent le financement acquis, sans plus.

Finalement, chose plus ou moins surprenante, les documents récents ne parlent plus de partenariat. Dans *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale* (Gouvernement, MSSS, 1997), on fait appel à la concertation des acteurs et à l'harmonisation des services tout en reconnaissant la possibilité de conflits et la nécessité de les solutionner. Dans *le plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* (Gouvernement, MSSS, 1998) on met de l'avant des idées de leadership clair et national, d'appropriation du pouvoir comme démarche collective, de mise en place de réseaux locaux et d'action intersectorielle. Le partenariat, tel que proposé au début des années 90, ne fait plus partie du discours. Dernièrement, le rapport de la commission Clair (Gouvernement, MSSS, 2000) confirme cette tendance en recommandant de reconnaître les acteurs dans le système de santé québécois et de raviver leur fierté, ainsi que de restaurer un climat de confiance.

### **L'ambiguïté conceptuelle du partenariat**

En faisant le tour des travaux sur la question, on réalise que le terme « partenariat » est le dernier d'une longue suite. Auparavant, on utilisait les mots « association » et « alliance », on parlait de « collaboration », de « concertation » et de « participation ». Jusqu'à récemment, on s'est beaucoup intéressé aux relations entre les membres d'une même organisation ou entre des organisations de même nature. On discute alors de collaboration, de travail interdisciplinaire, de coordination et de relation interorganisationnelle. Selon Landry (1994), on parle aujourd'hui de « partenariat » comme on parlait, il y a 10 ans, de concertation et, encore plus avant, de consultation. Boudreau (1991b) se demande si

l'humanité n'est pas toujours à la recherche d'une recette miracle pour solutionner ses problèmes, et en particulier celui de la collaboration entre les humains. Il est sans doute significatif que ce mot réapparaisse aujourd'hui avec la puissance évocatrice et mobilisatrice qu'on lui connaît. D'une part, le partenariat refait surface en fonction de la nécessité et de la conjoncture : qu'on pense au développement socio-économique et à la survie des entreprises en contexte de mondialisation des marchés et de complexification des problèmes. À ce propos, Kernaghan (1993), tout en reconnaissant que le partenariat fait partie des usages depuis longtemps dans le secteur privé, signale que dans l'administration publique, on est passé d'un partenariat impliquant les relations intergouvernementales et les relations gouvernement-monde des affaires à un partenariat incluant les individus, les groupes, les bénévoles, les organismes sans but lucratif et autres. Selon ses observations, on fait plus fréquemment appel au partenariat dans certains champs d'activités comme la distribution des services (santé, éducation, logement, services aux personnes âgées) ou la protection des ressources naturelles et de l'environnement, secteurs où les représentants gouvernementaux sont en contact étroit avec les clientèles ou les autres gouvernements et où les dépenses gouvernementales sont élevées. Il y a eu passage d'une utilisation *ad hoc* du partenariat à son invocation générale pour solutionner divers problèmes. D'autre part, pour plusieurs auteurs, c'est comme s'il y avait une nouvelle volonté de changement (Joncheray, 1992) ou de sortir d'une impasse (Boudreau, 1991a ; Hamel, 1992 ; Lévesque et Mager, 1992), comme s'il y avait transformation de la gestion du social (Hamel, 1992), que la coopération et la concurrence n'étaient plus antinomiques (Dommergues, 1988 ; Jolly, 1989), et que les interfaces devenaient des centres d'intérêt (Dommergues, 1988). Avec le discours sur le partenariat vient une invitation à innover, à rester flexible, à supporter l'incertitude, à prendre des risques et à revoir à la fois les règles et les ressources tenues jusqu'alors pour acquises. Les discours et les belles intentions ne manquent pas ; pourtant, malgré leur bonne volonté et les nombreux comités de concertation, nombre d'acteurs constatent qu'il n'est pas facile de mettre en place des formes de partenariat et de les maintenir.

Dans les discussions sur le partenariat il est toujours question de participation, de relations entre des acteurs individuels ou collectifs et d'ententes de différentes natures. Toutefois les rapports instaurés dans un marché ou dans une hiérarchie, où l'un est intégré dans l'autre, sont généralement exclus de ces discussions. Le partenariat suppose des relations de collaboration mais aussi de compétition et des conflits. Plusieurs en parlent comme s'il impliquait des échanges : Kernaghan

(1993) parle de partage; Hamel (1992) l'associe à un arrangement socio-économique; Landry (1994) évoque des ententes, Bouchard (1996) le fait correspondre à la prise de décision et Lamoureux (1994) insiste sur l'idée de négociation. Selon Cook (1990), il semble que les échanges interorganisationnels ne soient pas toujours particuliers et qu'on soit la plupart du temps en situation d'attente générale. De même manière, les acteurs dans le champ des troubles mentaux espèrent quelque chose qui reste vague, ils sont souvent incapables de préciser ou de nommer ce qu'ils attendent des autres mais ils sont plus sensibles à ce qu'ils ne veulent pas. À ce propos, Lamoureux (1994) exprime au nom d'un certain nombre d'organismes communautaires leur aversion pour tout ce qui est complémentarité avec le réseau public. De plus, les échanges dans les sphères sociale et politique sont différents des échanges économiques. Enfin, le pouvoir demeure au cœur des préoccupations de plusieurs des auteurs (Boudreau, 1991a, 1991b; Kernaghan, 1993; Lamoureux, 1994), de même que la question de la réciprocité (Bouchard, 1996).

Si beaucoup en parlent comme de la nouvelle manière d'interagir, il y a peu d'études conceptuelles ou de recherches évaluatives sur le partenariat. La plupart des études sont de nature descriptive et traitent d'une multitude de typologies (Carrière, 1995). Ces distinctions sont élaborées en fonction de la nature et du statut des partenaires, des formes organisationnelles que prend le partenariat, des objectifs du projet, des types et du degré de relation entre les partenaires, des formes de coordination, de la manière de prendre les décisions, du pouvoir exercé et du mode de régulation. Certains auteurs discutent des conditions qui y sont propices (Carrière, 1995). Comme les formes du partenariat, ses conditions sont variées, s'étendent dans tous les sens et touchent des dimensions tant politique qu'opérationnelle. Il est question de potentiel, d'attitudes, de comportements, de valeurs, de responsabilités, de négociation et autres. Force est de constater qu'il n'y a pas de recette unanime, ni de moyen infaillible et que les conditions de succès renvoient à l'idée de maîtrise des acteurs ou des structures.

Malgré sa popularité, le partenariat ne se définit pas facilement. C'est un phénomène complexe, à la fois ancien et nouveau, lieu de changement et de continuité. C'est, comme la santé mentale, un objet d'étude flou, instable, polysémique et polymorphique. De plus, les acteurs entremêlent les différents discours selon les circonstances. En examinant la diversité des typologies et des conditions, il apparaît clairement que tous n'abordent pas le partenariat avec le même cadre de référence ou la même représentation. L'éventail des points de vue concernant le partne-

nariat peut s'articuler selon deux principales logiques. La première renvoie à des raisons de nature économique et instrumentale tandis que la seconde s'inspire de raisons politico-sociales. Il existe donc des représentations assimilant principalement le partenariat à des sortes de stratégie, à des formes d'outils de gestion, et, d'autres, à des types de relations et d'ententes plus égalitaires à mettre en place.

### ***Le partenariat vu comme un instrument de développement et de changement***

En simplifiant, on peut dire que d'un côté, plusieurs mettent en cause des raisons de nature économique et instrumentale. Qu'on pense à certains gestionnaires et planificateurs soucieux de corriger la situation financière déficitaire en rationalisant les dépenses et en réunissant toutes les ressources. Rappelons-nous que les auteurs de la politique exposent surtout des modalités administratives de changement. Les gestionnaires du réseau, y compris ceux des régies, ont des pratiques plus orientées vers l'atteinte de résultats conformes aux exigences du ministère que vers l'arbitrage des débats de fond entre les groupes, dont ils entretiennent, par ailleurs, la rivalité en transférant ou en laissant sous-entendre qu'ils pourraient déplacer les ressources et la légitimité de l'un à l'autre (Carrière, 1998). Dans cette logique, le partenariat est proposé pour résoudre toutes sortes de problèmes liés à la mondialisation des marchés, à la concurrence internationale, à la revitalisation économique et sociale du « local », à la rareté des ressources, à la complexité des problèmes, à la multitude des risques, à l'incertitude de l'environnement, à l'amélioration de la qualité des services et à la recherche d'efficacité et d'efficacité. Le partenariat devient donc une stratégie nécessaire, un outil de gestion, un moyen rationnel d'adapter les institutions modernes aux conditions de l'environnement. Envisagé de cette manière, il est accompagné de différentes mesures adaptatives : restrictions budgétaires, décentralisation, privatisation et autres. Le discours qui fait la promotion de ce type de partenariat invoque le bon sens et la raison (l'union fait la force, faire plus avec moins), fait appel à l'idéologie des bons sentiments (le respect, la confiance, des attitudes positives) et des comportements souhaitables (la participation ouverte et franche, la collaboration, le soutien mutuel et le partage du pouvoir). Les conflits sont vus comme dysfonctionnels et sont solutionnés à l'aide de compromis, de contraintes ou de la persuasion. Les comportements stratégiques des acteurs ne sont pas pris en compte ou sont soumis à des pressions contraires. Le fait que les rapports entre les acteurs soient asymétriques et hiérarchiques est aussi passé sous silence. La concertation et l'harmonisation sont visées par la mise en place de mécanismes de participation, les réunions de

comités tripartites et autres, ainsi que l'élaboration de plans de toutes sortes. Avec cette approche, les structures sociales, économiques et organisationnelles apparaissent comme des réalités extérieures déterminantes pour l'action des acteurs qui, en retour, ont une emprise sur elles.

### ***Le partenariat vu comme un projet de démocratisation à réaliser***

Toujours en passant par-dessus l'infinité des variantes, on peut dire que d'un autre côté, plusieurs abordent le partenariat avec un désir de changement, une volonté de participation et une ambition de démocratisation. Selon une logique instrumentale, on cherche plus de consensus, de certitude et de stabilité, tandis que suivant une logique politique, on cherche plus d'autonomie, de diversité, de flexibilité et d'initiative. Souvent dans le champ sociosanitaire, le partenariat devient un résultat à atteindre, une autre forme de relation ou d'entente à réaliser, le tout lié à un souci d'ordre éthique. Kernaghan (1993) relève le fait que pour plusieurs, le partenariat est associé à l'*empowerment* des clientèles désavantagées. Dommergues (1988) souligne qu'il n'y a pas de partenariat sans équité. Duperré (1992) rapporte que pour les intervenants des organismes communautaires, le partenariat est synonyme d'égalité quant à l'importance des uns et des autres et de respect vis-à-vis de leur nature et de leur action. Enfin, Lamoureux (1994) montre que pour plusieurs intervenants, il correspond à la montée de la démocratie et à un nouvel aménagement de la gestion du social. Les raisons invoquées ici en sa faveur sont de nature politico-sociale. Les conflits existent et ne sont pas dysfonctionnels, il doit y avoir débat. Dans ce cas-ci, la participation, la démocratie et l'égalité sont idéalisées tandis que les phénomènes de domination ou de pouvoir sont vivement critiqués. Vu que les structures sont perçues comme contraignantes, les solutions envisagées passent par la transformation des formes structurelles pour rendre les relations plus égalitaires.

Ces deux tendances reflètent le fait que souvent les dimensions instrumentale et structurelle sont traitées séparément des dimensions de l'acteur comme si on pouvait faire abstraction des unes ou des autres. Les approches fonctionnelle et volontariste servent de toile de fond à ces différentes manières d'aborder le partenariat et entraînent avec elles leurs limites respectives. En effet, les structures ne sont pas exclusivement déterminantes et le système social n'est pas unitaire, pas plus que la volonté des acteurs n'est toute puissante et que la participation n'est magique. Pour changer ses pratiques et interagir de manière ouverte et harmonieuse, il ne suffit pas de le vouloir ni même de mettre en place des lieux et des moments de rencontre. En réalité, on peut croire que les différents partenaires, malgré qu'ils adhèrent à une vision dominante, ont simulta-

nément une vision instrumentale et une vision sociopolitique du partenariat. Autrement dit, chacun vise des résultats opérationnels tout autant qu'il se préoccupe de la manière dont ils sont atteints et de sa propre autonomie. Ce qui n'est pas exposé au premier plan ou dans le discours existe et influe tout de même sur les résultats. Du même coup, aucun ne peut garantir le partenariat en mettant exclusivement des structures en place ou en prescrivant le comportement des autres. Par exemple, quand les organismes communautaires affirment pouvoir faire mieux et autrement, ils utilisent aussi des arguments ayant trait à l'attribution et à l'économie des ressources. De la même manière, quand les acteurs centraux blâment les intervenants institutionnels et approuvent les acteurs communautaires qu'ils créent, ils jouent à la fois dans les sphères politique et économique. Si on ne prend en considération qu'une dimension dans l'action ou dans l'analyse, on occulte toute une partie de la réalité et on risque de ne pas comprendre les objectifs ou de ne pas les atteindre.

Les gestionnaires du réseau, même s'ils espéraient que les acteurs répondent à l'appel du partenariat comme si cela ne dépendait que de leur bonne volonté, ont contribué au caractère conflictuel des rapports entre les intervenants. En effet, leur logique instrumentale et leur volonté de maîtriser l'action des acteurs les ont empêchés de travailler au rapprochement des parties et les ont amenés à blâmer les unes et les autres, à les séparer, à les diriger du haut de leur autorité et même à les punir. Paradoxalement, cet exercice de classification et de division des responsabilités et des tâches de chacun des groupes d'intervenants et leur attribution à un établissement ou à un organisme distinct s'appuie sur le désir d'organiser les services de manière efficace, efficiente et économique mais il entraîne du même coup l'isolement d'acteurs et d'activités qui sont pourtant en étroite interdépendance. En conséquence, le problème de la coordination des activités et de la concertation des acteurs se trouve exacerbé. Contribuent aussi à l'entretien des antagonismes : les pratiques technocratiques habituelles (qui tiennent les intervenants du réseau pour des ressources ou des porteurs d'intérêts corporatistes plus que pour des acteurs sociaux compétents), l'utilisation des organismes communautaires comme une réserve de services complémentaires, un usage des structures qui nie leur dualité à la fois contraignante et habilitante et, enfin, l'inaction intersectorielle au plus haut niveau. Mais les gestionnaires ne sont pas les seuls à freiner les rapprochements entre les acteurs ; tous y contribuent d'une certaine manière, par leur conduite individuelle mais néanmoins répétitive dans l'ensemble.

En effet, les intervenants veulent établir avec la personne une relation significative, confidentielle et exclusive. Ils veulent considérer sa



globalité et l'ensemble de ses besoins, ils se soucient de respecter la confidentialité et se préoccupent de ne pas disperser inutilement la personne en tous sens entre de multiples intervenants. Dans ce contexte, l'intervenant agit avec discrétion et fait le maximum pour aider lui-même ou par un proche collaborateur la personne qui lui demande de l'aide et lui fait confiance. Les intervenants cherchent aussi à se distinguer, à justifier leurs pratiques, à jouer un rôle dans le soulagement et la réintégration des personnes souffrant de troubles mentaux, à être reconnus et à pouvoir continuer d'agir. Comme la tendance est à réduire la duplication entre les services, comme il n'y a pas d'évaluation formelle, les acteurs cherchent à se distinguer, à se spécialiser et à valoriser ce qu'ils font. Les antagonismes sont entretenus par les conditions de l'action et par la répétition des mêmes conduites d'exclusion et de distinction.

Par ailleurs, même si des comités tripartites ont été mis en place pour réunir les acteurs et organiser ensemble les services, les débats de fonds n'ont pas eu lieu pour diverses raisons et notamment parce que les acteurs du RRSSS pressaient tous les autres de finaliser rapidement un PROS. De plus, la représentation au sein de ces comités n'était même pas proportionnelle et la participation était inégale si bien que les uns et les autres n'ont pas su ce que leurs interlocuteurs pensaient, ni ce qu'ils faisaient déjà (Carrière, 1998). La participation et la discussion ne sont pas des garanties de succès quand on les aborde dans un climat d'antagonisme et qu'on ignore une partie des conditions et des pratiques des autres.

### **Autres réflexions et pistes de recherche sur le partenariat**

Plusieurs chercheurs ont déjà constaté que la manière d'étudier la coopération et le partenariat faisait problème. Lamoureux (1994) souligne les nombreux paradoxes qui existent et affirme qu'il faut dépasser les schémas dualistes ; Lévesque et Mager (1992) insistent pour que soient liés le politique, l'économique et les rapports sociaux ; Oliver (1990), considérant les études sur les relations interorganisationnelles, conclut que les chercheurs ont tendance à n'examiner qu'un aspect de la relation à la fois ; Hamel (1993) indique que le partenariat dépend à la fois de la volonté des acteurs et des systèmes en place ; Toupin (1994) soutient qu'il y a un écart important entre la pratique du partenariat et la théorie et met en cause cette dernière parce qu'elle repose sur une conception erronée et normative de l'activité humaine et qu'elle nie l'activité stratégique. D'autres auteurs ont aussi formulé des remarques qui méritent réflexion : Axelrod (1984) démontre que la coopération ne

dépend pas des bons sentiments et que ce sont les faits qui parlent dans des rapports de réciprocité et dans une perspective à long terme ; Yamagishi et Cook (1993) considèrent que les chercheurs intéressés par les systèmes d'échange généralisé ont, eux aussi, surestimé la confiance mutuelle et la solidarité parmi les participants ; enfin, Livet (1994) développe l'idée que la coopération ne repose pas sur la confiance mais bien sur la conscience de son incertitude et de la nécessité de la renouveler sans cesse dans des engagements et des conventions.

Giddens (1987), quant à lui, dénonce le dualisme profondément enraciné dans la théorie du social et propose d'en faire une dualité, la dualité du structurel, et de traiter de la dialectique de l'action et du structurel. Parallèlement, Reynaud (1988) mentionne que, en gestion, on s'intéresse principalement aux dirigeants et au système formel mis en place et qu'on vise la maîtrise d'un système de production ou de services, tandis qu'en sociologie on s'intéresse en général aux exécutants et aux travailleurs et qu'on s'identifie aux agents de l'informel. Friedberg (1993) s'en prend aussi au clivage qui existe entre l'étude des organisations (où on tient pour acquis que l'action relève d'une rationalité instrumentale), et celle de l'action collective (où on sous-entend que l'action est spontanée et relève de la solidarité perçue et exercée). À ce sujet, Audet (1986a, b) montre qu'en administration la conception de l'être humain est la plupart du temps asymétrique. Ainsi l'administrateur est considéré comme un agent compétent, mais l'administré, pourtant tout aussi humain, est perçu et traité comme une ressource. Souvent on associe dans deux ensembles distincts, d'une part, coordination, contrôle et efficacité et, d'autre part, participation, solidarité et légitimité. Pourtant tout cela existe simultanément et s'interpénètre concrètement dans le cours de l'action. La tendance à opposer les groupes d'acteurs et à se représenter les choses comme des dualismes est toujours très forte.

Dans un autre ordre d'idées, il semble que tous les acteurs ne reçoivent pas la même attention de la part des chercheurs ; dans le champ des troubles mentaux, les intervenants du système public ont été moins étudiés en comparaison de ceux des organismes communautaires et alternatifs. Lefrançois (1988) dit qu'il faut ici reconnaître le poids d'une sociologie qui fait alliance avec la base, qui soutient les luttes des mouvements sociaux et qui développe de nouveaux outils conceptuels pour mieux appréhender cette réalité. Malgré cela, les travaux réalisés jusqu'à maintenant s'intéressent à certains groupes d'acteurs locaux mais ne les considèrent pas tous et, surtout, ne font pas beaucoup de place aux personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale. Audet et al. (1986) soutiennent que la production des connaissances est sociale

et pragmatique. Il n'est dès lors pas étonnant que certains groupes d'acteurs jouissent d'un préjugé favorable tandis que d'autres sont d'emblée soumis à la critique, réduits à la dimension de ressources ou même simplement occultés.

## **Conclusion**

Tout compte fait, la bonne volonté ne suffit pas, et les structures ne sont pas non plus exclusivement déterminantes pour changer les pratiques et les rapports. Les actions et les interactions des acteurs sont profondément ancrées dans leurs conditions structurelles et dans le contexte spatio-temporel dans lequel agissent les acteurs et sur lequel ils agissent. Ainsi, dans le champ des troubles mentaux, les acteurs apprennent progressivement et localement à travailler ensemble. C'est au fil de leurs rencontres qu'ils trouvent des terrains d'entente et des manières de faire relativement satisfaisantes menant à des relations plus harmonieuses. Ils dépassent dans l'action les discours de mise en opposition et les schémas de pensée dualiste. L'appel au partenariat lancé par les auteurs de la politique de santé mentale et approuvé par l'ensemble des acteurs est donc limité. Il l'est du fait que les acteurs ne reconnaissent pas les conditions de l'action. Ils insistent sur les questions de volonté et de résultats à atteindre mais négligent de considérer les pratiques des uns et des autres dans leur contexte spatio-temporel ou symbolique. Les acteurs ne se connaissent pas suffisamment, ils ne savent pas ce que les autres font, ni dans quelles conditions ils agissent, ou s'imaginent le savoir grâce aux informations caricaturées qui circulent les uns sur les autres. Cette méconnaissance entraîne une non-reconnaissance de la compétence sociale des acteurs, ce qui fait qu'on en contourne certains, qu'on en occulte d'autres, qu'on les agrège en de grands ensembles, qu'on en déplace comme des pions sans les consulter ou qu'on délègue à certains des responsabilités confiées antérieurement à d'autres. Dans le même sens, les acteurs ont tendance à décontextualiser les événements en se privant d'informations précieuses concernant tant la personne atteinte de troubles que les conditions dans lesquelles les services lui sont offerts ou la manière dont elle les utilise. En général, les acteurs valorisent l'information qu'ils possèdent et minimisent l'importance de celle qu'ils n'ont pas, comme s'ils ne reconnaissaient pas la réflexivité institutionnelle, caractéristique fondamentale de la modernité.

En résumé, le mot partenariat a véhiculé surtout les attentes ou les intentions qu'avaient les acteurs quant à leurs échanges, autant par rapport à leur nature qu'à leurs conditions. Certains ont insisté sur les dimensions économique et instrumentale de l'échange tandis que d'autres

en ont considéré surtout les dimensions politico-sociales. Par ailleurs, le terme a été utilisé pour décrire des formes de rapport, pour les qualifier ou les évaluer, selon des critères qui changent avec la position des acteurs. Le partenariat reste polysémique et polymorphique. Il convient donc de le considérer comme un terme générique pour parler des rapports entre des acteurs individuels, collectifs ou organisationnels. C'est un mot évocateur qui peut contenir tout ce que l'on veut et il n'est pas nécessaire de l'enfermer dans une définition restrictive. C'est l'ensemble des rapports et des pratiques des acteurs et sa dynamique qui est concerné. Le partenariat renvoie à la gestion du social, il implique la mobilisation de règles et de ressources. C'est peut-être parce que le mot a été mal utilisé qu'on ne le retrouve plus dans le discours officiel de la santé et des services sociaux.

Si on élargit la réflexion et prend une distance vis-à-vis du concept, on constate la nécessité d'aborder les pratiques et les interactions des acteurs dans leur contexte et dans un rapport dialectique avec le système.

Le public et le communautaire ne formant pas des blocs homogènes et exclusifs l'un de l'autre, il faut corriger la manière d'aborder les rapports entre les acteurs dans le champ de la santé mentale. D'une part, il convient d'inclure tous les acteurs, y compris la personne atteinte et ses proches, et de bien les distinguer; d'autre part, il est nécessaire d'examiner leurs relations les uns avec les autres, de même que leur position les uns par rapport aux autres. De plus, il est nécessaire de tenir compte des contextes spatio-temporels et des propriétés structurelles que les acteurs mobilisent. Tout cela est important si on veut comprendre les actions et les interactions de tous dans le champ des troubles mentaux et intervenir de manière à faciliter la collaboration entre les uns et les autres.

## Notes

1. Au moment où la politique de santé mentale est publiée, des chercheurs relèvent qu'on parle de partenariat dans presque tous les champs d'activités, que ce soit l'économie, la politique, la gestion, l'éducation, le social ou la santé, dans le secteur public comme dans le secteur privé (Landry, 1994; Kernaghan, 1993) et qu'on parle même d'un virage vers une société de partenariat (Dommergues, 1988; Loye, 1989; Eisler, 1989). Dans cette vague, plusieurs orientations gouvernementales contemporaines font appel à la mobilisation concertée d'un grand nombre d'acteurs. Cependant, selon plusieurs chercheurs, la politique de santé mentale est la première législation québécoise dans laquelle on retrouve le concept de partenariat (Corin et al., 1990; Landry, 1994) et, dans le domaine de la santé mentale, le Québec est la première province canadienne qui va aussi

loin dans cette voie (Boudreau, 1991a).

2. Garnier (1982) croit que le gouvernement confie aux régions la résolution des petits problèmes sans mettre en péril l'autorité centrale qui continue de s'occuper des gros problèmes, bien que ces derniers soient le plus souvent à l'origine des petits. Il laisse en sous-traitance aux régions leur encadrement administratif, l'organisation de leurs ressources, toujours allouées par le palier supérieur. Les régions sont amenées à faire de l'autosurveillance. Le gouvernement régionalise principalement des responsabilités. Les régions doivent se prendre en charge et faire preuve d'imagination pour résoudre leurs problèmes. Les conflits et les enjeux sont ainsi contenus aux échelles régionale et locale, la paix sociale est préservée et le système se maintient. Le pouvoir local fait ainsi écran au pouvoir central et aux intérêts capitalistes. C'est même, selon Garnier, une façon de diviser pour régner.
3. Les conseils régionaux sont remplacés par les régies régionales avec la loi sur les services de santé et les services sociaux en 1991.
4. Oliver (1990) décrit six motivations ou circonstances critiques (critical contingencies) pour que des organisations à partir de leur direction entrent en relation. La première est imposée tandis que les autres sont volontaires. Ce sont 1) la nécessité légale ou de régulation ; 2) l'asymétrie qui renvoie à la possibilité d'exercer une influence ou de maîtriser une autre organisation ou ses ressources ; 3) la réciprocité dans le but de poursuivre des objectifs communs ou mutuellement bénéfiques, ce motif renvoie à la coopération, à la collaboration et à la coordination entre les organisations ; 4) la recherche d'efficience dans l'organisation ; 5) la stabilité ou le désir de prévisibilité dans les relations et les échanges ; et 6) la légitimité qui permet de justifier ses activités et ses résultats, qui rehausse l'image, la réputation et la congruence avec les normes du milieu.

## Références

- AUDET, M., 1986a, Introduction, in Audet, M., Malouin, J. L., eds., *La production des connaissances scientifiques de l'administration / The Generation of Scientific Administrative Knowledge*, Presses de l'Université Laval, Québec, 1-19.
- AUDET, M., 1986b, Le procès des connaissances de l'administration, in Audet, M., Malouin, J.L., eds., *La production des connaissances scientifiques de l'administration / The Generation of Scientific Administrative Knowledge*, Presses de l'Université Laval, Québec, 23-56.
- AUDET, M., LANDRY, M., DÉRY, R., 1986, Science et résolution de problème : liens, difficultés et voies de dépassement dans le champ des sciences de l'administration, *Philosophie des sciences sociales / Philosophy of Social*

*Sciences*, 16, 409-440.

AXELROD, R., 1984, *The Evolution of Cooperation*, Basic Books, New York.

BABY, A., 1994, Le partenariat école-entreprise : le moment est mal choisi, in Landry, C., Serre, F., eds., *École et entreprise vers quel partenariat ?*, Presses de l'Université du Québec, Sainte-Foy, 225-242.

BARBIER, J.-M., 1994, Évolution de la formation et place du partenariat, in Landry, C., Serre, F., eds., *École et entreprise vers quel partenariat ?*, Presses de l'Université du Québec, Sainte-Foy, 45-60.

BOUCHARD, J.-M., 1996, Les relations parents et intervenants : perspectives théoriques, *Apprentissage et socialisation*, 17, 1-2, 21-34.

BOUCHER, G., 1998, L'art de collaborer sans perdre ses couleurs, Dossier santé mentale, *Le magazine de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec*, 14-15.

BOUDREAU, F., 1991a, Partnership as a New Strategy in Mental Health Policy : The Case of Québec, *Journal of Health Policy and Law*, 16, 2, 307-329.

BOUDREAU, F., 1991b, Stakeholders as Partners : The Challenges of Partnership in Quebec Mental Health Policy, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 10, 1, 7-28.

BOUDREAU, F., 1984, *De l'asile à la santé mentale*, Éditions Saint-Martin, Montréal.

CARRIÈRE, M., 1998, *La structuration locale du champ des troubles mentaux dans le contexte de la réorganisation des services de santé*, Thèse de doctorat, Faculté des sciences de l'administration, Université Laval, Sainte-Foy.

CARRIÈRE, M., 1995, *Le partenariat, Essai de synthèse*, Document non publié, Faculté des sciences de l'administration, Université Laval, Sainte-Foy.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P., 1994, Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible, *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 1, 1, 8-26.

COOK, K. S., 1990, Exchange Networks and Generalized Exchange : Linking Structure and Action, in Marin, B., ed., *Generalized Political Exchange*, Frankfurt am Main Westview Press, Boulder, Colorado, Campus Verlag, 215-230.

DESCHÊNES, J.-C., BRUNET, J., BOUDREAU, T. J., MARCOUX, G., 1996, *Examen des responsabilités respectives du ministère de la Santé et des Services*

*sociaux, des régies régionales et des établissements, Réflexions et propositions*, Rapport remis au ministre de la Santé et des Services sociaux.

- DOMMERMES, P., 1988, *La société de partenariat*, Anthropos, Paris.
- 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.
- EISLER, R., 1989, The partnership society : social vision, *Futures*, février, 13-18.
- FOREST, P.-G., BRYSON, S.-A., LORION, J., 1994, La participation des citoyens à l'administration des services de santé, in Lemieux, V., Bergeron, P., Bégin, C., Bélanger, G., eds., *Le système de santé au Québec, Organisations, acteurs et enjeux*, Les Presses de l'Université Laval, Sainte-Foy.
- FORTIN, A., 1994, Les organismes et groupes communautaires, in Lemieux, V., Bergeron, P., Bégin, C., Bélanger, G., eds., *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, Les Presses de l'Université Laval, Sainte-Foy.
- FRIEDBERG, E., 1993, *Le pouvoir et la règle*, Seuil, Paris.
- GARNIER, J. P., 1982, « Localiser » le social... ou « socialiser » le local, *Espaces et Sociétés*, 40, 3-14.
- GIDDENS, A., 1987, *La constitution de la société*, Paris, Presses Universitaires de France (1<sup>re</sup> édition: *The Constitution of Society, Outline of the Theory of Structuration*, Polity Press, Cambridge, 1984).
- GILL, L., 1989, *Les limites du partenariat, Les expériences social-démocrates de gestion économique en Suède, en Allemagne, en Autriche et en Norvège*. Éditions du Boréal, Montréal.
- GODBOUT, J. T., LEDUC M., COLLIN, J.-P., 1987, *La face cachée du système*, Rapport présenté à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux par l'Institut national de la recherche scientifique, Montréal.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 2000, *Les solutions émergentes*, Rapport et recommandations, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 1998, *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la planification et de l'évaluation.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 1997, *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale, Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Québec, ministère de la

- Santé et des Services sociaux, Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ).
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 1996, *Enjeux et orientations stratégiques d'un système en transformation*, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 1994, *Recommandations pour développer et enrichir la politique de santé mentale*, Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ), Les Publications du Québec, Québec.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 1989a, *Politique de santé mentale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 1989b, *La santé mentale dans les centres locaux de services communautaires, Perspectives et éléments de réflexion*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la prévention et des services communautaires.
- GUBERMAN, N., 1990, Les femmes et la politique de santé mentale, *Santé mentale au Québec*, XV, 1, 62-84.
- HAMEL, P., 1993, Contrôle ou changement social à l'heure du partenariat, *Sociologie et sociétés*, XXV, 1, 173-188.
- HAMEL, P., 1992, Politiques urbaines, planification et partenariat à l'ère post-moderne, in Gagnon et Klein, eds., *Les partenaires du développement face au défi du local*, Groupe de recherche et d'intervention régionales (GRIR), Chicoutimi.
- HARNOIS, G., 1987, *Pour un partenariat élargi — projet de politique de santé mentale pour le Québec, rapport du comité de la politique de santé mentale*, ministère de la santé et des services sociaux, Québec.
- JONCHERAY, J., 1992, *Pourquoi, comment parler de partenariat ?* Concurrence et partenariat, *Cahiers du travailleur social*, 83, 11-18.
- JOLLY, M.-R., 1986, *Le partenariat — Approche du concept de partenariat*, Mémoire de DEA, Lille II.
- KERNAGHAN, K., 1993, Partnership and Public Administration : Conceptual and Practical Considerations, *Administration publique du Canada*, 36, 1, 57-76.
- KINGDON, J. W., 1995, *Agendas, Alternatives and Public Policies*, Harper Collins College, New York.
- LAMOUREUX, J., 1994, *Le partenariat à l'épreuve*, Éditions Saint-Martin, Montréal.



- LANDRY, C., 1994, Émergence et développement du partenariat en Amérique du Nord, in Landry, C., Serre, F., eds., *École et entreprise vers quel partenariat ?*, Presses de l'Université du Québec, Sainte-Foy, 7-28.
- LEBEAU, A., VIENS, C., 1991, L'exercice du partenariat : une analyse exploratoire à travers le développement d'un service d'intervention de crise dans le territoire du Haut-Richelieu, *Santé mentale au Québec*, XVI, 2, 121-138.
- LECOMTE, Y., 1991, Quelques réflexions en marge du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale au Québec (RRASMQ), *Santé mentale au Québec*, XVI, 1, 7-16.
- LEFRANÇOIS, R., 1987, Les nouvelles approches qualitatives et le travail sociologique, in Deslauriers, J. -P. (sous la direction de), *Les méthodes de la recherche qualitative*, Presses de l'Université du Québec, Sillery.
- LEMIEUX, V., 1994, Les politiques publiques et les alliances d'acteurs, in Lemieux, V., Bergeron, P., Bégin, C., Bélanger, G., eds., *Le système de santé au Québec, Organisations, acteurs et enjeux*, Les Presses de l'Université Laval, Sainte-Foy.
- LÉVESQUE, B., MAGER, L., 1992, Vers un nouveau contrat social ? Éléments de problématique pour l'étude du régional et du local, in Gagnon, C. et Klein, J. L., eds., *Les partenaires du développement face au défi du local*, Université du Québec à Chicoutimi, Coll. Développement régional, 19-68.
- LIVET, P., 1994, *La communauté virtuelle, action et communication*, Éditions de L'éclat, Paris.
- LOYE, D., 1989, The Partnership Society : Personal Practice, *Futures*, February, 19-23.
- OLIVER, C., 1990, Determinants of Interorganizational Relationships : Intergration and Future Directions, *Academy of Management Review*, 15, 2, 241-265.
- PAQUIN, M., 1992, Le phénomène de la décroissance et le management des organisations publiques, dans Parenteau, R., *Management public, comprendre et gérer les institutions de l'État*, Presses de l'Université du Québec, Sainte-Foy.
- REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (RRASMQ), 1991, *Le choc des cultures, bilan-synthèse de la participation aux comités tripartites*, Montréal.
- REYNAUD, J.-D., 1988, Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome, *Revue française de sociologie*, XXIX, 1,

5-18.

- ROCHON, J., 1996, Discours au congrès de l'Association des hôpitaux du Québec, extrait rapporté dans *Artère*, avril 1996, 3.
- ROCHON, J., 1988, *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Les Publications du Québec, Québec.
- THERRIEN, R., 1990, La désinstitutionnalisation, les malades, les familles et les femmes : des intérêts à concilier, *Santé mentale au Québec*, XV, 1, 100-119.
- TOUPIN, L., 1994, Le partenariat peut-il être une composante stratégique de la formation en entreprise ? in Landry, C. et Serre, F., eds., *École et entreprise vers quel partenariat ?*, Les presses de l'Université du Québec, Sainte-Foy, 187-201.
- TURGEON, J., LANDRY, R., 1995, Les plans régionaux d'organisation de services de santé et sociaux au Québec : un dispositif de mise en cohérence de l'intervention publique ?, *Politiques et management public*, 13, 4, 115-130.
- TURGEON, J., LEMIEUX, V., 1998, La décentralisation : panacée ou boîte de pandore ? in Bégin, C., Bergeron, P., Forest, P.G., Lemieux, V., eds., *Le système de santé québécois, Un modèle en transformation*, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 173-194.
- WALLOT, H. A., 1997, *La danse autour du fou, Entre la compassion et l'oubli*, Publications MNH, Beauport.
- WALLOT, H. A., 1989, *Histoire organisationnelle des services psychiatriques et de santé mentale au Québec*, Département de santé communautaire, Hôpital de Chicoutimi.
- 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, Montréal, *Sociologie et sociétés*, 25, 1, 77-98.
- 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.
- WHITE, D., 1990, Le pouvoir de la culture : les aspects politiques de l'intervention en santé mentale, *Santé Culture Health*, VII, 2-3.
- WHITE, D., MERCIER, C., 1989, Ressources alternatives et structures intermédiaires dans le contexte québécois, *Santé mentale au Québec*, XIV, 1, 69-80.
- YAMAGISHI, T., COOK, K. S., 1993, Generalized Exchange and Social Dilemmas, *Social Psychology Quarterly*, 56, 4, 235-248.

## **ABSTRACT**

### **Partnership in the field of mental disorders: ten years after the new mental health policy**

This article examines the phenomenon of partnership from the perspective of the 1989 Quebec mental health policy which proposed partnership as a solution to the problem of collaboration between various social actors. Partnership is documented by taking into account the context in which it was prescribed and by making a synthesis of related research. The conceptual ambiguity is exposed in parallel with the fact that partnership has a tendency to be considered in one dimension while in its quality of exchange lies economic as well as instrumental and socio-political dimensions. The article ends by a series of recommendations to be considered in further research in order to better understand comprehensive actions and interactions in the field of mental disorders.

## **RESUMEN**

### **La colaboración en el campo de trastornos mentales diez años después de la política de salud mental**

Este artículo examina el fenómeno de la colaboración a partir de la política de salud mental de 1989 en Québec cual lo proponía como solución al problema de colaboración entre los actores sociales. La colaboración esta documentada teniendo en cuenta el contexto donde ha estado prescrito y haciendo una síntesis de los trabajos cuyos se corresponden. La ambigüedad conceptual esta presentada paralelamente al hecho de que la colaboración tiene tendencia a ser abordada de manera unidimensional cuando en su calidad de relación de intercambio hay al mismo tiempo dimensiones económicas y instrumentales así dimensiones sociopolíticas. El artículo se termina por una serie de recomendaciones a tener en cuenta en estudio con el fin de comprender mejor el conjunto de acciones e interacciones en el campo de los trastornos mentales.