

Nouvelles pratiques sociales



Jocelyne Lamoureux, *Le partenariat à l'épreuve*, Montréal, Éditions St-Martin, 1994, 231 p.

Jean Gagné

Volume 8, numéro 1, printemps 1995

Les régions

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/301320ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/301320ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (imprimé)

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce compte rendu

Gagné, J. (1995). Compte rendu de [Jocelyne Lamoureux, *Le partenariat à l'épreuve*, Montréal, Éditions St-Martin, 1994, 231 p.] *Nouvelles pratiques sociales*, 8(1), 257–262. <https://doi.org/10.7202/301320ar>

Le partenariat à l'épreuve

Jocelyne LAMOUREUX
Montréal, Éditions St-Martin,
1994, 231 p.

Le récent ouvrage de Jocelyne Lamoureux dont le sous-titre est « L'articulation complexe des dynamiques institutionnelles et communautaires dans le domaine de la santé mentale » présente une analyse rigoureuse et nuancée de l'expérience partenariale entre l'État, le réseau des établissements et les ressources communautaires en santé mentale. D'abord, les lecteurs de *Nouvelles pratiques sociales* y trouveront une brillante contribution au débat lancé par son directeur, lors du premier colloque de la revue et qui concernait précisément l'évaluation des opportunités offertes au renouvellement des pratiques sociales dans le contexte de mise à jour des interventions étatiques au Québec¹. Ensuite, cette publication paraît au moment même où le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec procède à des travaux d'évaluation de l'implantation des orientations et mesures prévues dans sa *Politique de santé mentale* (Québec, 1989). Or, comme on le sait, cette politique adoptée en 1989 constituait un prototype pour la nouvelle *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ainsi que pour la *Politique de la santé et du bien-être* qui seront respectivement mises en vigueur en 1991 et en 1992. L'intérêt du cas particulier présenté par l'ouvrage dépasse donc largement le champ de la santé mentale.

Ces politiques ont en commun de faire la promotion de l'intersectorialité, de la régionalisation et de la mise à contribution des ressources communautaires. La *Politique de santé mentale* est sans doute celle qui est allée le plus loin dans la définition des modèles concrets qui allaient assurer l'élaboration d'une planification de ces orientations. Il fut précisé, en effet, que les Conseils régionaux de santé et des services sociaux

1. « Éléments de problématique concernant l'arrimage entre le communautaire et le public dans le domaine de la santé et des services sociaux », Conférence d'ouverture au Colloque de la revue *Nouvelles pratiques sociales* sur « L'arrimage entre le communautaire et le secteur public », par Yves Vaillancourt, le 22 avril 1994. Ce texte a été publié dans *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 7, n° 2, automne, 227-248.

(CRSSS) devaient mettre sur pied des comités tripartites chargés de la rédaction de Plans régionaux d'organisation des services en santé mentale (PROS). Ces comités étaient formés de trois « tiers ». Le premier était constitué de personnes issues du réseau des établissements, le second de ressources communautaires actives en santé mentale et le troisième, les « socio-économiques », de personnes issues de la communauté au sens large. Cela constituait une petite révolution dans un milieu où la participation aux instances de planification des services était demeurée un quasi-monopole des fonctionnaires de l'État et des administrateurs d'établissements. La discussion sur les résultats de la recherche-action menée par l'auteure, sur ce qui semble être une expérimentation d'un nouveau modèle de gestion étatique dans le champ sociosanitaire, prend une importance majeure pour les observateurs et praticiens de cette scène.

D'entrée de jeu, l'auteure nous met en garde contre une représentation simpliste des enjeux de ce nouveau modèle de gestion du social. Ceux-ci, en effet, ne peuvent se réduire à l'affrontement entre deux blocs monolithiques formés, d'une part, par les forces populaires et progressistes et, d'autre part, par celles de la techno-bureaucratie au service du capitalisme. Il n'y a pas plus « d'essence du mouvement communautaire » que « d'essence d'État », écrit Lamoureux. Bien qu'il soit possible de schématiser à gros traits la culture organisationnelle de chacun des groupes d'acteurs mis en présence par l'exercice partenarial : technico-bureaucratique pour les représentants de l'État et de ses appareils, et démocratique-participative pour les autres ; l'observation attentive de l'action permet aussi de distinguer des stratégies particulières, des jeux d'alliances de négociations et de compromis qui témoignent de la complexité réelle des enjeux.

En premier lieu, Lamoureux constate que l'intervention de l'État depuis le début des années 80 oscille entre une approche autoritaire et un mode d'intervention plus centriste qui appelle au consentement des administrés. À un pôle, nous avons la Loi 37 sur l'aide sociale avec sa panoplie de mesures de contrôles disciplinaires imposées aux bénéficiaires et, à l'autre, la *Politique de santé mentale* avec ces instances de concertation qui les impliquent dans la définition des orientations et services à mettre en place. Cette apparente incohérence témoignerait de la situation de crise dans laquelle se trouve l'État contemporain. La restructuration de l'économie internationale commanderait une réorientation des investissements d'État vers de nouveaux secteurs, notamment ceux de l'informatique, de la bureautique et des communications. En même temps, le gouvernement est aux prises avec un déficit dont la taille réduirait passablement sa marge de manœuvre. De ce point de vue, l'approche

partenariale devient une alternative politique au maintien du statu quo qui semble mener à la faillite ou au retrait pur et simple de l'État de ces secteurs d'intervention. Cette dernière hypothèse risque d'aboutir à une collision frontale avec de si puissants groupes « corporatifs » qu'ils sont déjà capables de prendre le système en otage, selon la fameuse formule de la Commission Rochon.

L'économie est certainement un facteur puissant dans la détermination des approches et politiques de l'État. Cependant, il n'est pas le seul. Comme l'indique l'auteure, l'État est relativement autonome. À la fois gestionnaire de l'économie et du social, il doit manœuvrer de façon à toujours garder une réserve de légitimité à ses actions. Certes, l'État n'est pas neutre ; il est animé par des intérêts dont les plus puissants ne sont pas ceux des bénéficiaires de l'aide sociale, des chômeurs ou des citoyens ordinaires. Cependant, il ne peut se maintenir en place, du moins dans sa forme démocratique, qu'en élaborant un contrat social fondé sur des compromis entre les diverses composantes du social. Or, il appert que le compromis en place depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, le compromis « fordiste », est en passe de faire long feu. Si les uns font pression sur l'État pour qu'il élabore des politiques de restrictions budgétaires, les autres réclament une intervention qui soutienne et développe le potentiel d'autonomie des individus et des collectifs dans une perspective d'ouverture aux différentes manières d'être.

Si l'État n'est pas un bloc uniforme dont l'intervention serait déterminée par un éventail d'intérêts cohérents, il en va de même pour le groupe formé par le réseau des établissements actifs en santé mentale ou celui des organismes communautaires. L'exercice concret de rédaction tripartite des PROS témoigne de ce phénomène. Le « label » de partenariat ne doit pas faire illusion ; chacun des partenaires en question s'investit dans l'expérience à partir d'un agenda plus ou moins chargé et fondé sur des valeurs et intérêts qui lui sont propres. Lamoureux parlera de participation conflictuelle pour bien marquer ce caractère asymétrique et potentiellement adverse de leurs relations. Pour les CRSSS, chargés d'animer le processus de planification régionale, le succès de l'opération est une condition à la redéfinition de leurs fonctions. Le projet d'en faire des instances régionales aux pouvoirs plus étendus est déjà soutenu par la Commission Rochon en 1988 et endossé par les *Orientations* de la ministre Lavoie-Roux en 1989. Il s'agit donc de faire preuve d'efficacité.

Le réseau des établissements, le premier tiers, arrive en rangs dispersés. Les centres hospitaliers et hôpitaux psychiatriques veulent bien discuter de désinstitutionnalisation, mais seulement dans la mesure où ils conservent leur autorité en ce qui concerne la réallocation des fonds et

des ressources que l'opération devrait permettre. À l'opposé, les Centres locaux de services communautaires (CLSC), en tant que nouveaux entrants dans le champ de la santé mentale, ont tout intérêt à attaquer le monopole hospitalo-psychiatrique. Leurs rapports avec le deuxième tiers sont plus ambigus. Surtout depuis l'adoption de la réforme de 1991, ils veulent se faire confirmer le rôle de « porte d'entrée » ou de « pivot » du système sociosanitaire et, en cela, deviennent les alliés des ressources communautaires pour contester la position dominante des hôpitaux et de la psychiatrie dans le champ de la santé mentale. Par ailleurs, leur dénomination particulière devient un argument pour s'assimiler à tout le développement communautaire, laissant le bénévolat, les programmes Extra et les articles 25 aux organismes communautaires. Du côté du tiers communautaire actif en santé mentale, il n'y a pas cohésion non plus. Le Québec compterait quelque deux cents ressources de ce type. Il ne s'agit pas d'un ensemble organisé et promoteur d'un projet global bien défini. L'auteure parle d'une « mouvance communautaire » plutôt que d'un « mouvement », signalant ainsi son caractère plus convivial que programmatique. Plus ou moins la moitié d'entre elles sont tout de même affiliées au Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, ce qui leur confère une certaine communauté de discours. Ces dernières ont accepté la participation aux comités de rédaction des PROS et y entretiennent une stratégie qui vise à faire appliquer une version radicalisée de la politique. Les mots d'ordre de celle-ci : « primauté de la personne », « recherche de solutions dans le milieu de vie », « favoriser l'équité », « partenariat » deviennent entre leurs mains autant d'arguments pour promouvoir l'implantation et la consolidation d'organismes communautaires plutôt que de redéployer les services des établissements. Enfin, le troisième tiers, formé de personnes issues des sphères économiques, sociales et communautaires des différentes régions est apparu plutôt « évanescant » aux yeux de la chercheuse. Pourtant celui-ci devait assurer un principe cher au législateur, à savoir l'intersectorialité. Les conditions de participation étaient telles que, dans la majorité des cas, on n'a pas su susciter une participation assidue de ce groupe.

Il faut dire que les délais imposés à la démarche (15 mois) ont certainement peu aidé à l'élaboration d'un véritable partenariat. Les discussions portant sur le fond, sur les approches et philosophies d'intervention, n'ont pas eu lieu. Il était plus rapide, et plus conforme à la culture organisationnelle des CRSSS, sans doute, de privilégier une approche centrée sur la structure organisationnelle du système que de remettre en jeu les prémisses des approches et pratiques qui le soutiennent. Cela se traduit par l'usage d'un langage ésotérique et des débats byzantins où l'on traite de la mesure de la pondération des ressources allouées par « l'œkoumène régional »,

l'évaluation du nombre de psychiatres « équivalents temps plein » ou celle des ressources et dépenses véritablement affectées à l'entretien d'un « lit de courte durée ». En plus du peu d'assiduité du troisième tiers, on aura aussi noté la défection de toutes les personnes qui s'étaient identifiées au statut d'usager. Ce langage étranger, pour plusieurs, y est sans doute pour quelque chose ; mais le fait que son usage exclusif manifeste un assez faible intérêt pour la participation des non-spécialistes l'est encore plus. Dans le même ordre d'idée, l'approche par consensus et la règle de représentation individuelle imposées aux membres des comités de rédaction ont contribué à désincarner le débat. On y parle en son nom propre, tout en ayant été désigné pour le faire en vertu de son appartenance à un réseau particulier mais envers lequel on aurait aucun compte à rendre. De plus, ne sont tenues en compte, en dernière analyse, que les opinions majoritaires, les autres étant refoulées par la règle du consensus. « La logique adoptée a créé des problèmes d'identité, de représentations, de légitimité », souligne l'auteure.

Le bilan tracé par Jocelyne Lamoureux sur l'expérience des PROS est assez peu reluisant pour le tiers communautaire. Elle écrit : « [...] les PROS favorisent plutôt la logique technocratique, privilégient la logique d'établissement et reconduisent telle quelle la logique sectorielle ». À leur lecture, on se rend compte, en effet, qu'ils se distinguent assez peu les uns des autres. Partout, on a utilisé à peu près les mêmes sources statistiques (Med Echo, Enquête Santé Québec, données des fichiers d'hôpitaux, etc.) pour tenter d'en extraire les réalités de sa région. Tant et si bien que, dans aucun cas, on en est arrivé à recueillir des indices pertinents pour comprendre comment l'environnement particulier à une région, sa géographie, son bassin culturel, son économie, etc. influent sur l'incidence des problèmes de santé mentale. La communauté n'est perçue qu'en tant que réservoir de ressources et de clientèles plutôt que foyer dynamique d'interactions sociales. À cet égard, le rendez-vous de l'intersectorialité est raté, et le champ de la santé mentale reste sous la domination du réseau hospitalo-psychiatrique. On a conservé l'idée d'une gamme de services aux couleurs bien nettes et distinctes : d'abord, la promotion et la prévention dont il faudrait bien s'occuper un jour ; puis, les services de base que les CLSC disputent aux cliniques externes et autres centres communautaires de psychiatrie relevant d'un centre hospitalier ; ensuite, le traitement spécialisé, territoire incontestable des hôpitaux et, finalement, la réadaptation et réinsertion sociale où tous peuvent intervenir y compris le communautaire.

Malgré tout, l'auteure invite le réseau des ressources communautaires à demeurer à la « table des négociations » ouverte par le partenariat de l'État avec différents secteurs de la société civile. Selon Lamoureux, les

comités tripartites de la *Politique de santé mentale* (qui survivent tant bien que mal sous la forme de commissions régionales de la santé mentale ou de comités d'implantation du PROS) parce qu'ils sont à la frontière de l'État et de la société civile, offrent une occasion privilégiée pour développer des stratégies de négociation en vue d'élargir l'espace démocratique. Bien que les acquis du secteur communautaire actif en santé mentale ne soient pas faramineux, il n'en reste pas moins que cette expérience fut riche en apprentissages. Les ressources connaissent mieux la structure du système des services sociaux et de santé, ont créé des alliances entre elles et avec des représentants des autres tiers, développé une plus grande capacité à se définir et à diffuser leur vision de leurs orientations et pratiques. En conclusion, l'auteure précise que ces pratiques de concertation et de négociation ne devraient pas envahir tous les secteurs de la vie des groupes communautaires. Il s'agit d'un seul volet de leurs activités qui, toutes, visent l'expérimentation de la solidarité et le développement de l'action sociale autonome.

Jean GAGNÉ
*Regroupement des ressources alternatives
en santé mentale du Québec*