

Le défi du partenariat : le cas des ressources communautaires dans le secteur de la santé mentale

Jean Gagné and Henri Dorvil

Volume 7, Number 1, Spring 1994

L'arrimage entre le communautaire et le secteur public

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/301252ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/301252ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (print)

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Gagné, J. & Dorvil, H. (1994). Le défi du partenariat : le cas des ressources communautaires dans le secteur de la santé mentale. *Nouvelles pratiques sociales*, 7(1), 63–78. <https://doi.org/10.7202/301252ar>

Article abstract

La mise en place de la réforme des services sociaux et de santé aura mené le secteur communautaire à s'interroger sur la pertinence de se joindre au projet de concertation avec le réseau étatique. Cette réforme, selon plusieurs observateurs, répond à une crise de régulation de l'État-providence et en annonce la transformation néolibérale. Cette dynamique comporte deux grandes dimensions: l'une budgétaire et l'autre de légitimité de l'appareil politique. Les auteurs élaborent quelques pistes de renouvellement des pratiques sociales où le secteur communautaire situerait sa participation dans une perspective de développement de l'autonomie des groupes locaux plutôt qu'en compétition avec les institutions pour obtenir l'homologation étatique.



Le défi du partenariat : le cas des ressources communautaires dans le secteur de la santé mentale^{*}

*Jean GAGNÉ
Maison St-Jacques*

*Henri DORVILLE
Université du Québec à Montréal*

La mise en place de la réforme des services sociaux et de santé aura mené le secteur communautaire à s'interroger sur la pertinence de se joindre au projet de concertation avec le réseau étatique. Cette réforme, selon plusieurs observateurs, répond à une crise de régulation de l'État-providence et en annonce la transformation néolibérale. Cette dynamique comporte deux grandes dimensions : l'une budgétaire et l'autre de légitimité de l'appareil politique. Les auteurs élaborent quelques pistes de renouvellement des pratiques sociales où le secteur communautaire situerait sa participation dans une perspective de développement de l'autonomie des groupes locaux plutôt qu'en compétition avec les institutions pour obtenir l'homologation étatique.

* L'essentiel du présent texte fut présenté par les auteurs dans une communication, le 19 mai 1993, au colloque du Regroupement des unités de formation universitaire en travail social du Québec (RUFUTS), en lien avec la section Travail social dans le cadre du Congrès 1993 de L'ACFAS tenu à l'Université du Québec à Rimouski.

POSITION DU PROBLÈME

En 1987, le Comité de la politique de santé mentale, le Comité Harnois, publiait son rapport « Pour un partenariat élargi » (1987). Les auteurs s'y faisaient les promoteurs d'une mise à jour du système de livraison des soins et des services en santé mentale au Québec où serait enfin reconnue la multiplicité des approches et des acteurs. On y évoquait l'apparition de nouveaux phénomènes sociaux, « plus complexes » (p. 2), qui rendaient nécessaire la révision du système et justifiaient une approche originale pour le réformer. Les auteurs indiquaient, en effet, que le modèle en usage ne permettait pas de faire face à ces nouvelles réalités. Le système était devenu caractérisé par la confusion, la discontinuité et les délais dans les services rendus aux usagers. Le modèle partenarial voulait en quelque sorte y mettre de l'ordre en décloisonnant les différents secteurs, cliniques et sociaux du réseau d'État et ce, notamment, en invitant les ressources communautaires actives en ces domaines à participer à l'ensemble du système. Le partenariat devait signifier l'exercice d'un « leadership éclairé » (p. 40) qui rétablirait l'équilibre et la cohésion entre les diverses composantes du champ élargi de la santé mentale.

Dans la région de Montréal, on en arrive déjà à la seconde année d'exercice de ce leadership partenarial que l'ex-CRSSH (Conseil régional des services sociaux et de santé), devenu depuis Régie des services sociaux et de santé de Montréal, a sanctionné par la mise en place de nouvelles structures consultatives. Il s'agit de six Tables de concertation sous-régionales et d'une Commission de la santé mentale. Toutes ces structures sont tripartites, composées d'un nombre égal de représentants des tiers reconnus, c'est-à-dire d'individus provenant respectivement du secteur institutionnel, des organismes communautaires actifs en santé mentale et de la communauté au sens large, les socio-économiques. Pour les organismes communautaires, cela représente une énorme ponction d'énergies. Ces instances qui se réunissent au moins une fois par mois, sans compter les séances de leurs comités exécutifs et les différents groupes de travail *ad hoc* chargés de préparer des dossiers particuliers, mobilisent près de quarante représentants issus de ces ressources. La référence commune à tous ces travaux demeure le Plan régional d'organisation des services de santé mentale de la région de Montréal Métropolitain (PROS) tel qu'il a été approuvé par le ministre responsable en juin 1991.

On peut dire que les observations du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) concernant la participation du secteur communautaire au processus de rédaction des PROS (Guay, 1991) concordent passablement avec notre propre expérience du partenariat en action. C'est, en effet, toujours la Régie qui demeure le maître

d'œuvre des activités, imposant sa culture aux partenaires, c'est-à-dire son langage administratif, son approche épidémiologique des problématiques et son rythme de travail.

L'apport des communautés est plus perçu comme une source de données que de solutions innovatrices qui pourraient inspirer une actualisation du système. Cette non-reconnaissance des dynamiques communautaires s'est notamment exprimée par leur découpage artificiel en sous-régions calquées sur les anciens territoires des départements de santé communautaire (DSC). Ce découpage technocratique ne correspond guère au visage des quartiers montréalais des années 90 tel qu'il a été façonné par l'histoire et la culture de ses habitants. Il faudra prendre garde à cette vogue de l'« étiquette » communautaire qui en réduit l'acception à une simple question de proportion démographique et géographique et qui finit par le vider de toute signification.

Le concept maître de « complémentarité » dans la réforme des services sociaux et de santé pose le maintien du modèle institutionnel comme axe de toute la réforme. Cette façon de situer l'enjeu du partenariat suppose, en effet, que le système et son organisation actuelle ne sont pas à remettre en cause et qu'il ne s'agit que de lui arrimer quelques points de distribution pour qu'il soit mieux adapté. Tant et si bien que tous les nouveaux problèmes ne seront perçus qu'au regard de leur impact sur les organisations du réseau, qu'il s'agisse de l'engorgement des urgences, de la non-disponibilité des lits en milieu hospitalier ou de la difficulté de tel type d'institution à recevoir les services de professionnels habituellement rattachés à tel autre. On n'en est pas à se demander comment on pourra faire face aux nouveaux besoins qui s'expriment déjà dans la communauté tant que ceux-ci n'auront pas entraîné de débordements. Il va sans dire que cela laisse peu de place à l'initiative et au soutien à l'innovation sur le terrain.

Enfin, les priorités budgétaires du gouvernement condamnent le secteur communautaire à la stagnation pour des années à venir. Le cadre de partage entre les régions du Québec pour les allocations budgétaires est déterminé par le calcul de leur richesse relative en équipements et en ressources. Ce modèle de répartition, d'une part, confond les secteurs institutionnel et communautaire et, d'autre part, occulte les différences structurelles entre les centres urbains et le reste de la province. De cette manière, les régions dites riches, comme Montréal et Québec, ne reçoivent aucun fonds de développement et vraisemblablement, le même régime sera appliqué pour les dix années à venir, le temps que l'on atteigne une équité relative entre toutes les régions du Québec. On sait que ces deux régions sont effectivement riches en équipements institutionnels, mais aussi qu'elles sont très inégalement pourvues en

ressources communautaires¹ et qu'à cet égard l'application du cadre d'équité gouvernemental aura pour effet de maintenir ce déséquilibre. Encore une fois, on voit que l'on n'en est pas encore à l'élaboration d'un partenariat basé sur un renouvellement des pratiques et que ce sont toujours les préoccupations budgétaires qui priment.

Malgré ces difficultés, il faut reconnaître que, pour la première fois, les acteurs du réseau institutionnel ne sont pas majoritaires à siéger sur d'importantes structures consultatives régionales (Morin, 1992). Les ressources communautaires en santé mentale de la région de Montréal ont de plus obtenu la reconnaissance de la légitimité de leur association commune² qui s'est vue accorder une subvention de fonctionnement pour la seconde année d'implantation du PROS par la Régie. Enfin, la participation du communautaire au processus consultatif assure à la Régie une source de légitimité et une assise régionale à son autorité pour freiner la tendance des gros établissements à court-circuiter le processus de décision régional en transigeant directement avec le Ministère (Bozzini et Bourgault, 1992). Cette dynamique particulière témoigne du fait que le communautaire n'a pas à faire face à un bloc monolithique et que l'évolution du partenariat se fera au fil d'alliances ponctuelles et variées.

Nous tenterons de voir ici, à partir de cette expérience locale et d'une réflexion sur le concept de complexité, quelles sont les questions que ce nouveau modèle de gestion des affaires sociales pose au mouvement communautaire.

LA CRISE DU CHAMP QUÉBÉCOIS DE LA SANTÉ MENTALE

On l'a tant répété que c'est presque devenu un truisme dans la communauté des commentateurs de la scène sociale au Québec : l'engouement de l'État pour le partenariat répond en premier lieu à des impératifs économiques (Robert, 1989 ; Trottier 1991). Cependant, nombre d'auteurs soulignent aussi que ces déficits budgétaires dans lesquels s'enlisent les gouvernements occidentaux depuis le tournant des années 70 à 80 traduisent une crise plus globale du mode de régulation des rapports sociaux instauré à la faveur des « Trente glorieuses » (selon la formule que Jean Fourastié utilise pour désigner les trois décennies de prospérité de l'après-guerre). Autrement dit, que le modèle partenarial de gestion voudrait ici prendre le relais de l'État-providence pour

1. Selon la « Liste des ressources alternatives et communautaires en santé mentale du Québec » (RRASMQ 1992), on compte 84 ressources de ce type dans la région de Montréal (06A) et 22 seulement dans la région de Québec (03).

2. Il s'agit du RACOR, Réseau alternatif et communautaire des organismes en santé mentale de la région de Montréal, fondé en 1985.

assurer la reproduction d'un consensus social à l'égard de la structure fondamentale de la répartition des ressources matérielles et symboliques qui caractérise notre type de société (Duperré, 1992 ; Cloutier et Hamel, 1991 ; Gagnon et Klein, 1991 ; Panet-Raymond, 1991).

Cette perspective, que nous faisons nôtre, implique que l'on ne pourra analyser l'évolution du système de gestion et de distribution des services sociaux et de santé à partir d'une grille faisant du champ économique le seul déterminant du changement social. La fonction de régulation dépasse, en effet, la seule question de la reproduction des conditions favorables au marché des biens. Elle concerne aussi la reproduction et la cohésion des rapports sociaux dans un système donné, au-delà des contradictions dont il fait montre. La crise des années 80 coïncide avec une accélération de la mondialisation de l'économie et des communications qui contribue considérablement à saper la légitimité et la crédibilité des États nationaux en tant que centre de régulation des sociétés. Ils apparaissent désormais moins comme les lieux du politique, au sens d'une activité autonome et délibérée des humains pour créer leur propre histoire (Dupuy, 1990), que celui de l'application technique de plans déterminés par des organismes internationaux (ALENA, FMI, OCDE, etc.). Dans ce nouveau contexte, le local devient un lieu d'ancrage pour les acteurs sociaux qui y retrouvent la possibilité d'agir sur leur environnement et éventuellement d'y exercer leur potentiel d'innovation (Gagnon et Klein, 1991). On se demandera donc si le partenariat proposé n'est compatible qu'avec le maintien de l'ordre traditionnel ou s'il est susceptible d'en réformer certains aspects fondamentaux. Mais avant d'aller plus loin, procédons à un bref rappel historique des efforts de remise à contribution du secteur populaire dans la prise en charge des problèmes sociaux.

L'avènement de la Révolution tranquille au Québec a signalé la fin d'une société unanimiste ou l'entrée en scène simultanée de plusieurs acteurs aspirant au titre de « leader » de celle-ci. Dans le champ de la santé mentale, cela s'est traduit par l'homologation de nouveaux spécialistes habilités à y dispenser et à y gérer les services de traitement. Après avoir délogé le clergé aux postes de commande de ce champ, la psychiatrie se retrouve aujourd'hui aux prises avec les prétentions de nouvelles professions qui aspirent, elles aussi, à y occuper une place significative.

On sait, par exemple, que chez nos voisins du Sud, entre 1975 et 1985, le nombre de travailleurs sociaux qui pratiquaient une forme ou une autre de psychothérapie a augmenté dans une proportion de 120 %. Le contingent des psychologues y connaissait une croissance égale, tandis que la population des conseillers matrimoniaux se développait dans une proportion de 350 % et que les psychiatres américains augmentaient leur nombre de 50 % au cours de la même décennie (Cohen, 1988). Au Québec, on peut

aussi constater une semblable explosion démographique des intervenants dans le champ du traitement en santé mentale. Toutefois, les psychiatres sont toujours les maîtres du champ. On en compte aujourd'hui un peu plus de 800 alors qu'en 1962, il n'y en avait que 170, et 15 seulement en 1950 (Boudreau, 1984). Par ailleurs, la réforme des années 60 aura favorisé l'entrée en scène d'autres professionnels habilités à agir dans le champ de la santé mentale tels que les psychologues, les travailleurs sociaux, les ergothérapeutes, les infirmiers psychiatriques et, plus récemment, les art-thérapeutes³, zoothérapeutes, et autres spécialistes de quelque nouvelle technique d'intervention thérapeutique. En 1962, par exemple, on comptait 80 psychologues au Québec, alors qu'aujourd'hui leur corporation professionnelle comprend 5 552 membres, ce qui en fait l'une des quatre ou cinq professions dont la progression est la plus forte au Québec (Racine, 1993). Du côté des travailleurs sociaux québécois, la Corporation professionnelle affiche, ces dernières années, un taux de croissance moyen de son membership de l'ordre de 10%⁴ et prévoyait atteindre les 3 400 membres à la fin de l'exercice 1992-1993⁵. Il faudrait ajouter à ce tableau les différents organismes communautaires qui interviennent dans le champ de la santé mentale et qui connaissent un fort développement depuis le milieu des années 80. Ainsi, à Montréal seulement, selon un relevé du Conseil régional des services sociaux et de santé (Forest et Gauthier, 1992), on passe de dix ressources de ce type en 1985 à plus de soixante aujourd'hui. Le Québec compterait, de plus, un millier de thérapeutes holistes ou alternatifs qui offrent des services sur le marché privé de la santé. Une enquête menée auprès de ceux-ci en 1987 (Saillant *et al.*, 1990) révélait qu'une proportion importante de leur pratique (18,7%) concernait aussi des problèmes de santé mentale.

Plus que toute autre spécialité médicale, la psychiatrie doit faire face à des phénomènes complexes. Ses outils diagnostics, malgré leur raffinement (le DSM III-R, par exemple), demeurent toujours d'une validité et d'une fiabilité contestables et contestées (Albee *et al.*, 1991; Cohen, 1988). La reconnaissance d'une étiologie incertaine et probablement multifactorielle à ce que l'on nomme la « maladie mentale » a conduit les rédacteurs du manuel québécois de la psychiatrie, à l'origine intitulé *Psychiatrie clinique: approche contemporaine* (Lalonde *et al.*, 1980), à en modifier le titre de la seconde édition pour *Psychiatrie clinique: approche bio-psycho-sociale* (Lalonde

3. L'association des art-thérapeutes du Québec compte aujourd'hui quelque 125 membres dont certains sont actifs en milieu hospitalier.

4. Selon son directeur général, René Pagé, Bulletin de nouvelles, n° 46, octobre 1992.

5. Selon le secrétariat de la corporation, le membership de la CPTSQ a augmenté de 43 inscriptions en 1987-1988, de 106 en 1988-1989, de 168 en 1989-1990, de 252 en 1990-1991 et de 337 en 1991-1992, pour atteindre 3 061 membres. Notons aussi que cette corporation ne regroupe pas tous les diplômés du Québec en service social qui seraient entre 7 000 et 8 000.

et al., 1988). Cette nouvelle approche voulait refléter l'adhésion d'une partie de la communauté psychiatrique à une nouvelle approche «[...] difficile, mais plus proche de la réalité complexe de chaque patient et de son histoire personnelle» (Gauthier dans Lalonde *et al.*, 1988). Ce faisant, la psychiatrie se posait en quelque sorte comme la spécialité des spécialités en santé mentale et, du coup, rendait légitime sa position supérieure dans le champ.

L'explosion démographique des travailleurs autorisés (ou qui s'autorisent) à intervenir en santé mentale a, en effet, provoqué une crise dans le champ de la santé mentale qui se traduit par une lutte entre anciens et nouveaux pour l'obtention des bénéfices spécifiques à ce secteur d'activités (Bourdieu, 1975). Selon Verhaegen (1985), l'un des effets de cette concurrence est précisément de pousser chacun vers une plus grande spécialisation afin de se rendre indispensable à un éventail complet des soins utiles. On peut penser que l'éclatement du système qu'ont déploré les commissions Harnois (1987) et Rochon (1988) n'est pas étrangère à ce phénomène. Les pratiques de santé mentale se sont multipliées non seulement du point de vue des acteurs et des spécialités, mais aussi de celui des lieux d'exercice. On pense ici à la création d'ailes psychiatriques dans les hôpitaux généraux, de cliniques externes et communautaires et aux équipes de santé mentale dans les CLSC. De là l'intérêt d'instaurer le partenariat pour décloisonner ces composantes d'un système que l'on a déclaré ingouvernable parce que paralysé par le grenouillage et les luttes intestines.

ORIGINE DU CONCEPT DE PARTENARIAT

Si le terme «partenariat» connaît chez nous une vogue particulière dans le cadre de la mise en place de la réforme québécoise des services sociaux et de santé, il s'inscrit tout de même dans une continuité historique et politique qu'il nous apparaît utile de signaler. Dans le domaine de la santé mentale, Nicole Gauthier (1992) souligne que dès 1962 le *Rapport Bédard* prônait le développement d'un réseau qui déborde le cadre strictement institutionnel. On y mettait de l'avant les principes de décentralisation, de régionalisation, d'éducation populaire ainsi que celui de l'utilisation des ressources de la communauté. On pouvait, en effet, y lire la recommandation suivante :

Que les hôpitaux psychiatriques, autant dans la phase de traitement qu'à la période de réhabilitation, utilisent au maximum les services para-psychiatriques de la collectivité, tels que : agences sociales, unités sanitaires, hôpitaux généraux, médecins-praticiens, écoles, associations d'employeurs et d'employés, associations bénévoles, etc. [...] La Commission des services psychiatriques pourra au besoin, favoriser cette coordination accrue entre les hôpitaux et les services «communautaires». (Cité par Boudreau, 1984)

Bien qu'il ne fût pas là encore question d'une participation des acteurs et des ressources de la communauté à la gestion du système, mais seulement de l'utilisation de leurs services, les pouvoirs publics n'auront guère tardé à s'en faire les promoteurs. Dès la seconde moitié des années 60, la mise en place du Bureau de l'aménagement de l'Est du Québec (BAEQ, 1963-1966) réalisera son mandat en mettant à contribution nombre de représentants d'organismes locaux. Ainsi, vers la fin de cette même décennie, on a vu se mettre en place des comités consultatifs de parents dans les écoles tandis que des usagers étaient invités aux conseils d'administration des comités d'aide juridique (Godbout, 1983). Dans le domaine économique, le gouvernement fédéral créait de son côté des organismes tripartites mettant en présence des représentants de l'État, des syndicats et du patronat tels que le Conseil de la productivité en 1960, le Conseil économique du Canada en 1963 et la Commission des prix et des revenus en 1968. Bien que ces expériences n'aient pas conduit au consensus escompté, elles démontrent que déjà se profilait une stratégie pour sortir de la crise qui se voulait non conflictuelle (Rochon, 1991).

Plus près de nous, mais avant la réforme Côté, la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (CESBES, 1966-1972) avait proposé la régionalisation du système et fait appel à une plus grande participation des citoyens. Si ces recommandations ne se sont pas traduites dans une loi c'est, disait-on à l'époque, à cause de l'absence de compétences régionales de gestion, d'une part, et d'autre part, de la légitimité que leur aurait conférée un pouvoir de taxation. Selon Marc Renaud (1977), les réformes adoptées à l'époque au Québec ne se sont pas caractérisées par leur originalité. Elles furent, somme toute, assez semblables à celles qu'on retrouvait ailleurs au Canada et elles utilisaient la même rhétorique social-démocrate pour se justifier. La nouvelle réforme, tout en reprenant un semblable discours régionaliste qui dénonce la mainmise des pouvoirs corporatifs sur le réseau et promeut la primauté des droits du citoyen, en est quand même arrivée à reproduire un système centralisé, malgré les 20 années d'expériences administratives des paliers régionaux (les CRSSS), où l'État central demeure le grand décideur. En fait, il serait ici plus pertinent de parler d'une déconcentration administrative au sens donné à ce terme par Bozzini et Bourgault (1992), c'est-à-dire un mode de gestion où les décisions stratégiques demeurent centralisées, tandis que les instances locales sont dotées du pouvoir d'en adapter les modalités d'application sur leur territoire. En fait, ici comme ailleurs en Occident :

L'État [se] dessaisit de certaines tâches qui sont aussi bien ou mieux assumées autrement et à un meilleur coût, tout en renforçant son monopole sur la définition des grandes options impératives, la planification de la carte d'ensemble des services et le contrôle a posteriori de la conformité des réalisations aux objectifs qu'il a posés. (Castel, 1981 ; 207)

Le terme « concertation » a été popularisé au Québec par le Parti québécois au milieu des années 70. À cette époque, en Occident, l'État était sévèrement critiqué comme étant très éloigné des préoccupations des citoyens ordinaires. Les employeurs publics et privés étaient à couteaux tirés avec les syndicats. Dans le but d'éviter des grèves à répétition et peut-être une explosion sociale, l'État québécois décida de réunir tous les partenaires socio-économiques autour d'une même table dite « de concertation » : concertation nationale, régionale, sectorielle afin de trouver des solutions communes à des problèmes précis. Devant le succès de cette formule, elle a été utilisée dans tous les secteurs bloqués par des groupes d'intérêt afin de servir les besoins du client de base : l'écolier, la personne âgée, le patient psychiatrique, bref, le consommateur de services en général.

Désormais, l'État encadre : tout le monde est « in », et le seul discours valable est centré sur les besoins de la personne, le reste n'étant que de la démagogie. Le changement de cap s'opère jusque dans le vocabulaire. Les termes affrontement, antagonisme, revendication sont remplacés par collaboration, partenariat, concertation. Il s'agit d'une tendance vers un « [...] nouveau modèle de gestion caractérisé, entre autres, par le recours au principe de décentralisation et par la mise en place de structures mixtes de gestion faisant appel à diverses formes de partenariat » qui prévaut dans tous les pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (Cloutier et Hamel, 1991 : 259).

Ce nouveau modèle arriverait ainsi à point nommé pour sortir la modernité de l'impasse dans laquelle l'État-providence l'a plongée. La garantie des principes d'égalité pour tous et de liberté pour chacun que devait assurer un recours universel à la solidarité commune, médiatisée par l'État, s'est révélée avoir fait long feu. La « scientification » de la solidarité nous a conduits non seulement à une situation où les coûts atteignent une croissance exponentielle, mais aussi à la fermeture de l'espace politique, telle que nous l'avons défini plus haut. Cette trame de relations entre les personnes elles-mêmes et entre elles et leur environnement, l'État-providence l'a remplacée par un projet de fabrication calqué sur la production des biens matériels (Dupuy, 1990). La solidarité est devenue une technique comme les autres qui traite les gens en difficulté comme des choses brisées et les retire du marché le temps de les remettre en état de fonctionner, quand cela est possible. On se retrouve ainsi avec une population grandissante d'exclus ou de semi-exclus (Robin, 1989).

Le partenariat constitue un véritable défi pour le communautaire qui veut demeurer au diapason des communautés de base dont il est issu tout en se concertant avec l'État et son réseau institutionnel... et qui veut aussi éviter la fermeture du système après avoir incorporé le communautaire. Une autre

commission Rochon, un autre comité Harnois conclueraient au même diagnostic dans moins de dix ans : système ligoté par des groupes d'intérêt, perversion des buts premiers de l'organisation, insatisfaction de l'acteur principal, le patient, à l'égard du système. Bref, une nouvelle fermeture qui serait mortelle, et pour l'institutionnel, et pour le communautaire. La logique de contrôle social de l'État, qui consiste à tout prévoir et à ne rien laisser au hasard, constitue en fait une prétention à l'homogénéisation, une manière douce de tuer le vivant. Or, la vie est changement, la vie est imprévision, la vie est tension. Le communautaire le sait, l'État le tait. Comment entrevoir l'alliance du communautaire avec l'État, avec son réseau institutionnel socio-sanitaire et avec son réseau éducationnel (les universités et les collèges d'enseignement)? Là encore, le communautaire s'avère un lieu d'expérimentation, certes, mais aussi un lieu de création de savoir. Longtemps considéré comme lieu privilégié de la thérapie du bon sens à mini-prix, le communautaire se veut et est de fait un lieu d'expertise, pas seulement un lieu de stages où l'on vient « siphonner » les nouvelles humeurs du social. Qu'en est-il du rapport de l'étudiante et de l'étudiant avec le communautaire? Comment se brancher sur une dynamique qui se renouvelle partout et toujours, et ce en dépit des verrous placés ici et là dans le corps social? Cela soulève évidemment la question du statut du savoir qui émane du communautaire conçu comme champ autonome. On ne saurait être figé pour toujours dans des rôles prédéterminés.

Ainsi, à côté de la Corporation des travailleurs sociaux, il existe une association des travailleurs du communautaire, tout comme une association de praticiens sociaux en milieu de santé. Depuis les tout débuts de l'humanité jusqu'à nos jours, les êtres humains n'ont jamais cessé d'inventer des solutions à leurs problèmes existentiels. De décennie en décennie, de siècle en siècle, aux nouvelles configurations des problèmes humains ont succédé de nouvelles manières ou de nouveaux modèles de riposte. Les groupes communautaires, les alternatives actuelles constituent une étape dans les prises en charge des problématiques de tout acabit qui nous assaillent. Ainsi, le service social ou le travail social, en raison de son origine, serait très malvenu pour boudier les initiatives. En effet, les initiatives actuelles ressemblent en tout point aux balbutiements de la profession du travail social. Au départ, des femmes et des hommes se sont mis à réfléchir, à systématiser leurs compréhensions et à élaborer des interventions pour résoudre des problèmes sociaux. Avec le temps, les problèmes se sont complexifiés et pour être compris et résolus, ils se mirent de plus en plus à nécessiter une reconnaissance sociale, une professionnalisation de type universitaire. Dans ce processus de qualification, le travail social s'est en quelque sorte distancé des problèmes sociaux pour mieux les appréhender ; il s'est par la suite bureaucratisé, étatisé. Le travail social a perdu d'une certaine manière son aspect activiste, son côté change-

ment social, et il s'est éloigné du front chaud de la problématique sociale. Si le travail social connaît depuis les années 70 des années de tranquillité, la problématique sociale gagne en turbulence. Et c'est à ce confluent qu'il a rendez-vous à nouveau avec le social.

LE PARADIGME POSITIVISTE DU CHANGEMENT SOCIAL

Tout l'imaginaire moderne de l'institution sociale, pour reprendre une formule de Castoriadis (1975) est empreinte d'une logique positiviste. Saint-Simon disait qu'à l'art de gouverner devait se substituer l'administration des choses. Dans cette perspective « moderniste », la politique tend à se dissoudre dans le savoir (Rosanvallon, 1976). En d'autres termes, l'incertitude des hommes quant à leur devenir commun, que l'on attribue à leur subjectivité, est colmatée par la croyance à une instance régulatrice qui est étrangère à leur volonté. Toute l'ère moderne serait caractérisée par une poursuite incessante de la maîtrise rationnelle et de l'accumulation des choses dans l'espoir d'en arriver à un savoir exhaustif sur cette finalité mystérieuse. De cette manière, on a tenté de se soustraire à l'angoissante ignorance du fondement de l'activité des hommes. Le social est assimilé à une machine que l'on pourra maîtriser dans la mesure de notre connaissance progressive de ses rouages et de sa source d'énergie. Jadis attribué à la volonté transcendante du divin, son ordre est, dans l'ère moderne, imputé à l'immanence du marché économique. Dans les deux cas, on lui suppose une rationalité qui échappe aux désirs des sujets sociaux et qui est déterminée par une « main invisible ». Cependant, si les voies du Seigneur sont impénétrables, celles de l'économie devraient-elles l'être également ?

Nous dirons que la réforme Côté est conforme à cette perspective dans la mesure où elle se présente comme une entreprise de réduction de la complexité du système tout en tentant, comme le souligne Robert (1989), d'en maintenir l'identité primitive, c'est-à-dire d'en reconduire l'équilibre hiérarchique et l'approche dominante. L'appareil central conserve toujours d'énormes pouvoirs et les instances régionales sont essentiellement consultatives. On souligne cependant que si à ce niveau la représentation des citoyens est demeurée à peu près semblable à ce qu'elle était (on passe de 53 % à 57 %), la part des organismes communautaires s'est améliorée significativement. Ceux-ci ont vu tripler le nombre de leurs représentants aux conseils d'administration des Régies. Si les médecins, quant à eux, ne se sont pas vu accorder un accroissement du nombre de leurs représentants à ces instances, avec l'obtention des Commissions médicales régionales, ils se sont assurés quand même, dans les faits, d'un rôle accru dans les prises de décisions (Bozzini et Bourgault, 1992).

Pour réduire la complexité du système, donc, on a simplement tenté de regrouper une multitude d'acteurs et d'institutions dont la relative autonomie rendait le système ingouvernable. Malgré un discours parfois fort virulent à l'égard des pouvoirs corporatifs, en particulier celui des médecins, les autorités politiques ont peu touché à la hiérarchie des mandats et des pouvoirs de la plupart des acteurs. Il s'est plus agi de dessiner une carte du système où chacun avait sa place et était connecté à l'autre en fonction de celle-ci. On peut se permettre de penser qu'à l'inverse un système d'organisation sociale qui tolérerait une part d'indéterminé réservée à l'action des acteurs serait plus créatif. Autrement dit, le prix de la soumission du groupe à une commande unique est celui de la perte d'autonomie de ces composantes et de leur potentiel innovateur : ce que l'on gagne en prévisibilité, on le perd en créativité. Ce qui nous amène à proposer une façon d'appréhender le défi partenarial, non pas comme une mise en commun a-conflictuelle de l'ensemble des acteurs et de leurs ressources en vue de produire une carte cohérente des services, mais bien comme une dynamique permanente d'élaboration de compromis qui justement permettrait l'émergence de nouvelles solutions aux problèmes.

POUR UNE APPROCHE COMPLEXE DU PARTENARIAT

Issu de la cybernétique et de la biologie moléculaire, le concept de complexité est maintenant utilisé dans plusieurs autres disciplines pour rendre compte des systèmes dont le fonctionnement comporte une part d'aléatoire et d'incertitude. La pensée complexe cherche à élucider le fonctionnement de ces systèmes à plusieurs composantes qui agissent en interaction et qui sont dotés de compétences stratégiques qui en permettent la réorganisation à partir d'éléments étrangers ou « bruits ». On parlera plus précisément d'auto-organisation et d'autonomie, dans la mesure où il sera question de systèmes qui arrivent à se servir des perturbations prenant source dans leur environnement pour réorganiser leur identité propre. Pour « penser complexe », il ne suffit pas de reconnaître que l'organisation du vivant s'articule par le biais d'interactions entre l'unité physiologique et son environnement. Il faut encore comprendre la logique de structuration particulière de ses différents niveaux, leur mode et la force de leurs interactions. C'est précisément cette idée de la maîtrise d'un système dit « complexe » que nous voulons discuter. Comme nous l'indique Henri Atlan (1991), l'appréhension des systèmes humains tant individuels que sociaux pose un problème particulier en ce qu'ils se situent en position intermédiaire entre une organisation artificielle, commandée de l'extérieur, et un système naturel dont la signification ne peut être saisie que par projection interprétative.

Appliqué à notre objet, ce concept nous conduit à nous représenter le secteur communautaire comme un niveau intermédiaire de l'organisation sociale qui se situe entre celui de l'État et celui de l'univers des relations personnelles constitué par les réseaux d'amitiés ou par les familles (Godbout, 1992). L'intérêt de cette formalisation est de faire du secteur communautaire le carrefour des dimensions affectives et instrumentales des rapports humains. Les organismes communautaires auraient, dans nos sociétés dominées par la logique technoscientifique, la fonction de recréer un espace traditionnel, au sens donné à ce terme par Dupuy (1990), c'est-à-dire où les personnes exclues du statut de citoyen par la pénétration extensive des institutions normatives (socio-sanitaro-économiques) y retrouveraient un sentiment de continuité quant à leur identité personnelle et sociale. Les théories de la complexité nous permettent aussi d'étayer l'hypothèse d'un partenariat qui serait reconnu comme une dynamique interactive entre deux paliers de l'organisation sociale où chacun joue le rôle d'environnement pour l'autre.

Le partenariat, comme il est actuellement exercé, n'est cependant pas encore sorti des ornières de l'État-providence. Comme le soulignent plusieurs auteurs, la condition première d'un véritable processus de coopération et non de complémentarisation des appareils d'État avec les ressources de la communauté exigerait le respect et la reconnaissance de l'identité de chacun des partenaires (Duperré, 1992 ; Gagnon et Klein, 1991 ; Panet-Raymond, 1991). En d'autres mots, la participation à un plan et la poursuite d'objectifs prioritaires ne saurait être la condition à la poursuite du dialogue. Dans cet esprit, la disproportion des ressources, des responsabilités et des pouvoirs entre les partenaires réunis pour implanter une gamme de services menace actuellement le secteur communautaire d'une intégration à la rationalité du système que l'on voulait précisément réformer. Un véritable partenariat ne pourra s'établir que si l'on procède à un redéploiement des ressources et des responsabilités vers les régions et les communautés.

Nous n'en pensons pas moins que la participation des organismes communautaires aux structures consultatives leur ouvre des perspectives intéressantes pour l'avenir. Ce que nous appellerons le défi partenarial consiste pour les organismes communautaires à se prévaloir de leur crédit populaire et de leur reconnaissance politique pour résister à leur intégration au système comme dispensateurs de services à bon marché uniquement. C'est à la condition de défendre jalousement leur indépendance administrative et leurs prérogatives dans le choix de leurs pratiques par rapport à l'État et à son réseau institutionnel, ainsi qu'à celle de conserver une relation forte avec les communautés dont elles sont issues, que les ressources communautaires en santé mentale pourront représenter un espace social de solidarité fondé sur la convivialité. Il ne s'agit pas d'une lutte à finir pour prendre d'assaut le réseau

d'État ou pour s'emparer du maximum d'autorité, mais bien d'entretenir une zone d'expérimentation et de recherche de solutions adaptées aux changements sociaux.

Ce potentiel innovateur des organismes communautaires fut reconnu par le ministre Côté lui-même. Dans le Livre blanc préalable à Loi 120, il écrivait : « Ils renouvellent et diversifient les approches et les moyens d'action. Ce faisant, ils s'avèrent particulièrement aptes à répondre aux nouveaux besoins » (Côté, 1990 ; 59). Ce renouvellement est en partie un processus politique, en ce qu'il exprime la remise en cause de ce qui est déjà institué et, conséquemment, a une fonction qui dépasse le seul fait de rendre des services. À notre avis, le maintien d'un secteur autonome et communautaire de création et de distribution de services constitue une police d'assurance contre la fermeture de notre système de solidarité collective à toute autre logique que le développement technique et scientifique des spécialités sociale et sanitaire. L'exercice de la solidarité collective est un problème fort complexe. On doit établir des consensus entre des acteurs dont l'accès aux biens palpables autant que symboliques est inégal et ce, sur des concepts aussi difficiles que ceux de normalité, de tolérance et de liberté individuelle. Cependant, constater la complexité d'un système et tenter d'en comprendre le fonctionnement, ce n'est pas essayer de le simplifier. Après tout, seuls les systèmes totalitaires sont véritablement simples.

Bibliographie

- ALBEE, George W., CANETTO, Silvia S. et Araba SEFA-DEDEH (1991). « Naming a Syndrome is the First Step », *Psychologie Canadienne*, vol. 32, n° 2, 154-160.
- ATLAN, Henri (1986). *À tort et à raison*, Paris, Seuil.
- BOURDIEU, Pierre (1975). « La spécificité du champ scientifique et les conditions sociales du progrès de la raison », *Sociologie et sociétés*, vol. 7, n° 2, 91-118.
- BOUDREAU, Françoise (1984). *De l'asile à la santé mentale*, Montréal, Éditions Saint-Martin.
- BOZZINI, Luciano et Jacques BOURGAULT (1992). « La décentralisation après la loi de 1991 sur les services de santé et les services sociaux au Québec », *Service social*, vol. 41, n° 2, 87-114.
- CASTEL, Robert (1981). *La gestion des risques*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- CASTORIADIS, Cornélius (1975). *L'institution imaginaire de la société*, Paris, Seuil.
- CLOUTIER, Céline et Pierre HAMEL (1991). « Les services urbains : le défi du partenariat pour le milieu communautaire », *Cahiers de géographie du Québec*, vol. 35, n° 95, 257-283.
- COHEN, David (1988). « L'influence du DSM-III sur la recherche et la pratique en psychopathologie », *Intervention*, n° 80, 41-48.

- COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (1988). *Rapport*, Québec, Les Publications du Québec.
- COMITÉ DE LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE (1987). *Pour un partenariat élargi*, Québec, Gouvernement du Québec
- CÔTÉ, Marc-Yvan (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- DUPERRÉ, Martine (1992). «Du discours à la réalité dans le partenariat en santé mentale : une expérience au Saguenay-Lac-St-Jean», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 5, n° 2, 131-146.
- DUPUY, Jean-Pierre (1990). *Ordres et désordres*, Paris, Seuil.
- FOREST, Pierre et Diane GAUTHIER (1992). *Subventions accordées par le ministère de la Santé et des Services sociaux aux organismes communautaires actifs en santé mentale dans la région de Montréal métropolitain*, Montréal, Conseil régional de la santé et des services sociaux de Montréal métropolitain.
- GAGNON, Christiane et Jean-Luis KLEIN (1991). «Le partenariat dans le développement local : tendances actuelles et perspectives de changement social», *Cahiers de géographie du Québec*, vol. 35, n° 95, 239-255.
- GAUTHIER, Nicole (1992). *La nouvelle loi sur les services de santé et les services sociaux et les organismes communautaires*, Conférence dans le cadre du vingtième anniversaire de la Maison St-Jacques à Montréal, Montréal, Direction de la santé mentale, texte polycopié.
- GODBOUT, Jacques (1983). *La participation contre la démocratie*, Montréal, Éditions Saint-Martin.
- GODBOUT, Jacques T. (1992). *L'esprit du don*, Paris, Éditions la découverte.
- GUAY, Lorraine (1991). «Le choc des cultures : bilan de l'expérience de participation des ressources alternatives à l'élaboration des plans régionaux d'organisation de services en santé mentale», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 4, n° 2, 43-58.
- LALONDE, Pierre *et al.* (1980). *Psychiatrie clinique : approche contemporaine*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.
- LALONDE, Pierre *et al.* (1988). *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.
- MORIN, Paul (1992). «La politique québécoise de santé mentale : espoir ou faux départ?», *Santé mentale au Canada*, vol. 40, n° 2, 22-27.
- PANET-RAYMOND, Jean (1991). «Le partenariat entre l'État et les organismes communautaires : un défi pour la formation en travail social», *Service social*, vol. 40, n° 2, 54-76.
- RACINE, Pierre (1993). «Pas de récession pour les psychologues», *Le Devoir*, 9 mai.
- RENAUD, Marc (1977). «Réforme ou illusion? Une analyse des interventions de l'État québécois dans le domaine de la santé», *Sociologie et sociétés*, vol. 9, n° 1, 127-152.

- ROBERT, Lionel (1989). «Le partenariat entre le réseau institutionnel et la communauté: un paradigme à définir», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 2, n° 1, 37-52.
- ROBIN, Jacques (1989). *Changer d'ère*, Paris, Seuil.
- ROCHON, Louis-Philippe (1991). «Pour un partenariat social», *Cité Libre*, vol. 19, n° 3, 23-27.
- ROSANVALLON, Pierre (1976). *L'âge de l'autogestion*, Paris, Seuil.
- TROTTIER, Sandra (1991). «La réforme Côté et les organismes communautaires», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 4, n° 1, 147-152.
- SAILLANT, Francine, ROUSSEAU, Nicole et Danièle DESJARDINS (1990). «Thérapies douces et quête de sens», *Revue internationale d'action communautaire*, 24/64, 63-72.
- VERHAEGEN, Lydwin (1985). *Les psychiatries médecines de pointe ou d'assistance?*, Louvain-La-Neuve, Cabay/Louvain-La-Neuve.