

Université de Montréal

LES CONDITIONS DE
LA PARTICIPATION DÉMOCRATIQUE À L'ADMINISTRATION PUBLIQUE
POUR UNE DÉMOCRATIE EN SANTÉ... MENTALE

par

Mireille Tremblay

Programme de sciences humaines appliquées

Faculté des études supérieures

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiae Doctor (Ph. D.)
en sciences humaines appliquées

août 1999

© Mireille Tremblay, 1999



AC
20
U54
2000
v. 001

Université de Montréal

LA PARTICIPATION DÉMOCRATIQUE À L'ADMINISTRATION PUBLIQUE
POUR UNE DÉMOCRATIE EN SANTÉ MENTALE

LES CONDITIONS DE

par

Michelle Tremblay

Programme de sciences humaines appliquées

Faculté des études supérieures

Titre présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophie Doctor (Ph. D.)
en sciences humaines appliquées

1997

© Michelle Tremblay, 1997



SOMMAIRE

La démocratisation des services de santé et de services sociaux a constitué un enjeu majeur des réformes qui se sont succédées au cours des trente dernières années, comme d'ailleurs dans plusieurs autres secteurs d'activités publiques. Au début des années 1990, on fondait beaucoup d'espoirs sur les plans régionaux d'organisation de services pour rapprocher les « citoyens consommateurs, décideurs et payeurs » des lieux de décision.

C'est afin d'évaluer la contribution du processus de participation *au Plan régional d'organisation en santé mentale de la Montérégie* que nous avons développé un modèle théorique de la participation démocratique à l'administration publique. Ce modèle nous a permis de mieux saisir les conditions de réussite, les difficultés et les paradoxes de la participation démocratique. Ainsi la démocratie qui évolue dans le temps et l'espace a été définie en fonction de quatre dimensions comme « un processus fondé sur une éthique de la civilité, par lequel une population souveraine, autorise les personnes légitimes, à négocier collégalement le contrat collectif » qui les unit.

L'évaluation du processus de participation au PROS en santé mentale de la Montérégie, réalisée à partir du modèle théorique, a révélé qu'il y a eu élargissement de l'espace démocratique mais que les progrès accomplis sont extrêmement fragiles. Malgré une idéologie favorable à la participation des citoyens et des citoyennes à la planification des services, les régions ne détiennent que peu de pouvoirs et demeurent imputables de leurs décisions au palier central. En regard de la légitimité des participants et des participantes elle est limitée à des acteurs représentant des corporations financées plus ou moins directement par l'État. Finalement une « pédagogie de participation » qui soutiendrait une délibération collégiale et réciproque nous fait encore défaut: les enjeux de la négociation, les mécanismes de prise de décision, les modalités de traitement et de transmission des informations doivent être clarifiés afin de soutenir l'engagement de chacun et la réciprocité des échanges.

Sans cesse redéfinie, tant au niveau du discours qu'à travers les diverses pratiques visant à l'instituer, la démocratie ne peut être appréhendée que dans une perspective multidimensionnelle. La démocratie émerge d'un débat constant qui s'articule à la frontière de l'univers culturel et politique. Elle est ensuite mise en scène par des citoyens et des citoyennes qui tentent de l'incarner dans leurs pratiques sociales, politiques et institutionnelles. C'est au travers de ce prisme que nous avons abordé

l'évaluation de la participation au *Plan régional d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie*, quelque part entre le discours sur la démocratie et l'interprétation de l'expérience personnelle de la chercheure.

Entre l'étude de cas et l'élaboration du modèle théorique, c'est par un processus dialectique constant qu'a lentement émergé une meilleure compréhension des enjeux pratiques et théoriques de la construction démocratique. Initialement conçue comme une simple recherche évaluative, la thèse s'est progressivement inscrite dans une perspective plus large, ce qui a permis de mieux saisir les conditions favorables et les obstacles inhérents au processus de participation démocratique dans le secteur de la santé mentale en particulier, celui plus vaste des services sociaux et de santé, et de manière plus générale encore dans le domaine de l'administration publique dans son ensemble.

REMERCIEMENTS

Quel labyrinthe que la vie des hommes! Quand on est jeune, on entretient l'illusion que tôt ou tard une chose merveilleuse arrivera, qu'on transcendera les limitations de ses parents [...] En même temps on est sûr que dans les vastes étendues des possibilités, dans les forêts d'opinions contraires il y a quelque chose à savoir et à comprendre. Qu'on finira par le savoir et qu'on transformera le grand mystère en un récit cohérent [...] Mais ce n'est pas du tout comme cela que les choses se passent. Cependant si ce n'est pas comme cela que les choses se passent d'où vient que l'idée nous en tourmente et nous rende malheureux? (Brian Aldiss, 1988, L'hiver d'Héliconia)

Je remercie tous ceux et celles qui m'ont guidée et inspirée tout au long de cette longue quête que fut pour moi la rédaction de ma thèse. Mes remerciements vont tout d'abord à mon directeur, Gilles Bibeau, qui m'a soutenue et guidée dans cette forêt d'opinions contraires et qui m'a encouragée à trouver un sens profondément éthique et humain à cette expérience.

Je remercie les membres du jury qui m'ont incitée à approfondir ma réflexion personnelle et à tirer les leçons de mon expérience. Je tiens ici à transmettre l'expression de ma reconnaissance à Deena White, Jean-Panet Raymond, Jocelyne Lamoureux et Frédéric Lesemann. En plus de leur participation au jury de thèse je leur sais gré pour leurs travaux qui m'ont éclairée sur le chemin qu'ils avaient avant moi parcouru.

Je ne peux passer sous silence la contribution de toutes les personnes qui ont participé aux divers mécanismes de participation au *Plan régional d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie* et qui ont cru avec moi que malgré toutes les embûches nous pouvions démocratiser les services de santé mentale dans notre région. C'est d'abord avec eux et pour eux que j'ai amorcé la réflexion qui m'a menée jusqu'ici.

Je suis heureuse de remercier Marie Dallaire, documentaliste au Conseil régional de la Montérégie, qui m'a soutenue dans l'élaboration de la revue de littérature et qui m'a prêté généreusement plusieurs des documents que j'ai utilisés.

Finalement je remercie tout spécialement mon conjoint Denis Langlois, mes deux fils Jean-Daniel et Guillaume et ma fille Anne-Sophie qui ont dû faire preuve d'une grande patience et d'une affection indéfectible pendant ce voyage au long cours, en espérant que ma quête ne sera pas vaine... et que j'en ramènerai un récit cohérent.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
PARTIE UN: UNE DÉMOCRATIE EN SANTÉ	5
Démocratisation et planification régionale	6
Santé et citoyenneté: un nouveau contrat social	6
Les plans régionaux d'organisation de services	8
Des intérêts conflictuels	10
Mais qu'est-ce que la démocratie?	15
La démocratie: un rêve en marche	15
État et régulation démocratique	17
Délégation ou participation directe?	18
Décentralisation, culture démocratique et diffusion du pouvoir	21
Du paradoxe à la complexité	23
PARTIE DEUX: CONSTRUIRE LA DÉMOCRATIE	25
En quête de significations: une étude de cas	27
Le paradigme constructiviste	27
Une méthodologie qualitative	29
Écosystémique des interactions sociales	31
Limites de la méthode	34
La démocratie évolue dans le temps et l'espace	36
Un processus qui évolue dans le temps	38
Quatre niveaux d'interaction	40
La grille d'analyse de la participation démocratique	43
Affiliation, civilité et cohésion	46
Identité partagée et civilité: aux frontières de l'État	46
Pour comprendre la démocratie, en saisir les fondements éthiques	49
Idéologies démocratiques et cohésion sociale	50

Constitution, souveraineté et autonomie	54
Citoyenneté et politique	55
Décentralisation et non-politiques	57
Autonomie et pouvoirs disponibles	58
Institution, légitimité et représentativité	62
Délégation et légitimité	63
Les modalités de nomination et la représentation électorale	64
Reddition de compte et imputabilité	65
Agrégation des intérêts et types de représentativité	66
Délibération, collégialité et réciprocité	72
La délibération démocratique	72
Les modalités de participation et de prise de décision	74
Le degré d'adhésion à la décision	76
Collégialité et réciprocité des échanges	77
Critères et échelles de la participation démocratique	82
PARTIE TROIS: DU PARTENARIAT EN SANTÉ MENTALE À LA DÉMOCRATIE FONCTIONNELLE	83
Un nouveau contrat social	87
De la folie à la santé mentale	89
L'élargissement de la notion de santé mentale	92
Partenariat, société civile et responsabilités publiques	96
Santé mentale, participation sociale et citoyenneté	103
Social-démocratie, néolibéralisme ou pluralisme?	104
La double imputabilité des conseils régionaux	108
La valse-hésitation de la décentralisation	109
Les enjeux de la politique en santé mentale	117
La planification régionale en liberté surveillée	124
Hiérarchie contre polyarchie	129

Une vision éclatée de la représentation	131
Du partenariat au tripartisme	132
La diversité des acteurs en santé mentale	137
L'histoire de la participation en Montérégie	157
Une mobilisation inégalée pour le PROS	169
Mais où sont les citoyens et les citoyennes?	183
L'apprentissage de la délibération	187
Les enjeux du PROS en santé mentale de la Montérégie	188
Une vaste mobilisation sur des enjeux limités	202
Du droit de parole à la prise de pouvoir	245
Épilogue: un avenir incertain	275
UNE DÉMOCRATIE EN SANTÉ...MENTALE? DE L'UTOPIE À LA RÉALITÉ.	278
Entre l'expérience et la théorie	280
Une démocratisation timide et fragile	285
Une idéologie qui échappe aux acteurs régionaux	289
L'illusion démocratique de la décentralisation	295
Intérêts spécialisés et intérêt public: l'inaccessible légitimité	299
Coalitions dominantes, consensus et conflictualités	304
Les leçons de l'expérience	307
Démocratiser l'administration publique	309
BIBLIOGRAPHIE	313
ANNEXES	
Annexe I: Classement et analyse des mémoires déposés dans le cadres de la consultation sur la rapport Harnois	
Annexe II: Liste des documents déposés au comité tripartite	

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1: LE MODÈLE ÉCCOSYSTÉMIQUE	33
FIGURE 2 LES DIMENSIONS DE LA PARTICIPATION	37
FIGURE 3: LE MODÈLE DE LA PARTICIPATION DÉMOCRATIQUE	42
FIGURE 4: STRUCTURES DE PARTICIPATION AU PLAN D'ORGANISATION DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE DE LA MONTÉRÉGIE	171
FIGURE 5: MODÈLE DE PARTICIPATION AU PROS	287
FIGURE 6: LA CONSTRUCTION DE L' AIRE DE NÉGOCIATION	297
FIGURE 7: HIÉRARCHISATION ET SECTORISATION	301

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1: LA GRILLE D'ANALYSE DE LA PARTICIPATION DÉMOCRATIQUE	44
TABLEAU 2: CRITÈRES ET TYPOLOGIES DE LA PARTICIPATION DÉMOCRATIQUE	82
TABLEAU 3: COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION D'UN CRSSS	111
TABLEAU 4: LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE ET LES RESPONSABILITÉS RÉGIONALES	120
TABLEAU 5: ANALYSE DES RESPONSABILITÉS DU MSSS ET DES CRSSS	128
TABLEAU 6: RÉPARTITION DES RESSOURCES ET DES CLIENTÈLES EN MONTÉRÉGIE	163
TABLEAU 7 COMPOSITION DES GROUPES DE RÉFÉRENCE	173
TABLEAU 8: COMPOSITION DU COMITÉ TRIPARTITE	175
TABLEAU 9: COMPOSITION DU 2È TIERS DES COMITÉS TRIPARTITES SOUS- RÉGIONAUX	179
TABLEAU 10: COMPOSITION DES 3È TIERS DES COMITÉS TRIPARTITES SOUS- RÉGIONAUX	180

TABLEAU 11: LE CONTENU DU PROS EN SANTÉ MENTALE	190
TABLEAU 12: PLAN D'ACTION DU PROS EN SANTÉ MENTALE	198
TABLEAU 13: LES ENJEUX DU PROS EN SANTÉ MENTALE	200
TABLEAU 14: CALENDRIER DES RÉUNIONS DES STRUCTURES DE PARTICIPATION AU PROS EN SANTÉ MENTALE	204
TABLEAU 15: MANDAT INITIAL DES GROUPES DE RÉFÉRENCE	207
TABLEAU 16: CALENDRIER DES RENCONTRES DES GROUES DE RÉFÉRENCE	208
TABLEAU 17: CONTRIBUTION DES GROUPES DE RÉFÉRENCE	212
TABLEAU 18: CALENDRIER DES TRAVAUX EN SOUS-RÉGIONS	215
TABLEAU 19: MANDAT DES COMITÉS TRIPARTITES SOUS-RÉGIONAUX	222
TABLEAU 20: CONTRIBUTION DES COMITÉS TRIPARTITES SOUS-RÉGIONAUX	228
TABLEAU 21: CONTRIBUTION DES ENQUÊTES	238
TABLEAU 22: CONTRIBUTION DE LA CONSULTATION ÉLARGIE	240
TABLEAU 23: INTENSITÉ DE LA PARTICIPATION AU COMITÉ TRIPARTITE	247
TABLEAU 24: CALENDRIER DES TRAVAUX AU COMITÉ TRIPARTITE	249
TABLEAU 25: LA GESTION DU PROCESSUS DE PARTICIPATION	256
TABLEAU 26: LA DÉLIMITATION DU CHAMP D'INTERVENTION	259
TABLEAU 27: LES NORMES DE SERVICES REQUIS	261
TABLEAU 28: LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE OPÉRATIONNELLE	264
TABLEAU 29: RÉVISION DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE ET OPÉRATIONNELLE	266
TABLEAU 30: RÉPARTITION DES RESPONSABILITÉS	268
TABLEAU 31: RÉPARTITION DES RESSOURCES	271

INTRODUCTION

Au cours du XX^e siècle, la santé est devenue une préoccupation de plus en plus importante au Québec comme dans la plupart des États démocratiques. La Commission Castonguay-Neveu d'abord, et vingt ans plus tard la Commission Rochon, ont contribué à l'inscription de la santé parmi les préoccupations majeures de l'État tout en réclamant que le système de services soit démocratique. La réforme amorcée au début des années 1990 reposait sur une volonté clairement exprimée de démocratiser le système sociosanitaire québécois. Pour atteindre cet objectif plusieurs dispositions ont été prises et la participation des citoyens et des citoyennes à l'administration du système de santé et de services sociaux a été encouragée.

Certains chercheurs québécois, après avoir étudié la participation à l'administration publique ou à l'administration du système sociosanitaire, ont conclu que cette forme de participation renforce l'appareil technocratique et s'exerce au détriment de la démocratie, de l'appareil politique et des pouvoirs des citoyens et des citoyennes. Parmi eux, Jean-François Léonard (1985) et Jacques Godbout (1991, 1987) ont observé que la participation de la population à l'administration des services publics accroît le pouvoir des technocrates et des corporations. Dans le même esprit d'autres auteurs québécois, comme Frédéric Lesemann et Jocelyne Lamoureux (1987) ainsi que Gilbert Renaud (1984), nous on mis en garde contre le danger de la récupération par les technocrates du dynamisme de l'action communautaire.

« En vingt ans le rêve d'une « société de participation » où des groupes multiples de citoyens devaient intervenir pour influencer les décisions du pouvoir se renverse en cauchemar d'une société habilement manipulée pour obtenir des groupes de citoyens un travail qui adhère aux objectifs de la technocratie. » (Renaud, 1984, p.115)

Pour certains chercheurs, l'action démocratique est par définition politique et se limite aux sphères de la participation partisane et électorale. Pour d'autres, l'action démocratique s'exerce de préférence au sein des organismes communautaires, dans la société civile, en marge de l'État, aux frontières du système politique ou du système technocratique. Pour plusieurs, la participation à l'administration publique bâillonne le discours politique et récupère le dynamisme communautaire au profit de l'appareil d'État. Ces mises en garde reposent sur une définition de la démocratie qui exclut la participation de la population à l'administration publique. La participation démocratique

s'incarne alors, par définition, dans la société civile, soit par l'action politique ou par l'action communautaire; c'est-à-dire qu'elle doit opérer ailleurs que dans l'appareil d'État. Si l'on s'en tient à cette conception, la participation à l'administration des services publics perd toute légitimité parce qu'elle sert les intérêts de secteurs particuliers au détriment de l'intérêt général et du « bien commun ». Cette forme de participation s'exercerait donc au détriment de la démocratie.

Les recherches évaluatives sur la participation des citoyens et des citoyennes à l'administration du système de santé au Québec, déposées dans le cadre de la Commission Rochon, l'ont conduite à affirmer que « le système de santé est pris en otage par les corporations » et ce, malgré les efforts déployés pour accroître la participation publique, consécutivement à la Commission Castonguay-Nepveu.

La demande de participation aux décisions publiques a cependant survécu à ce constat d'échec et plus d'un souhaitent que la participation de la population à la planification et à la gestion des services publics soit soutenue et encouragée. Si la démocratisation des services sociaux et de santé demeure un enjeu majeur de la réforme sociosanitaire, quels en sont les fondements, quelle en est la légitimité, comment surmonter les obstacles et les contradictions qui l'habitent?

La bureaucratie qui est indispensable à l'administration efficiente et rationnelle de la société doit être contrôlée ou compensée par la participation; elle est antidémocratique lorsqu'elle devient secrète, fermée et que l'information est inaccessible (Beetham, 1987). Le recours « à la consultation et aux commissions constitue un rempart contre le pouvoir des technocrates » (Bibeau, 1988, p.24) et il faut poursuivre l'expérience parce que « sans l'ombre d'un doute, nous répondons que la planification partenariale dans ce domaine recèle des potentialités d'élargir l'espace démocratique » (Lamoureux, 1994, p.197). C'est à cette conclusion que parvenait Jocelyne Lamoureux après avoir évalué la participation du mouvement communautaire à la planification régionale des services de santé mentale.

Que l'on parle de « nouveaux mouvements sociaux » (Rosanvallon, 1988) ou de « lutte pour le contrôle de l'historicité » (Touraine, 1987) ou encore d'une « nouvelle démocratie fonctionnelle » (Thuot, 1994) il est indéniable que les modalités de négociation du « contrat social » ont subi des mutations profondes au cours des dernières décennies au Québec, que les lieux qui font appel à l'engagement des citoyens et des citoyennes se multiplient et que les pratiques et les modalités de participation se

diversifient. Peut-on parler dans tous ces cas de démocratisation de l'appareil d'État, ou sommes-nous, comme le craint John Saul (1997), en train de livrer la démocratie aux mains de corporations et d'intérêts particuliers? Quelles sont les lieux et les conditions d'exercice de la participation démocratique? Pouvons-nous espérer une démocratie en santé?

Certaines définitions que nous propose la littérature sur la démocratie éclairent ce débat. Après avoir retracé l'évolution de la demande démocratique dans le réseau sociosanitaire québécois, nous verrons ces définitions dans la prochaine partie de la thèse. En nous inspirant de ces définitions nous proposerons dans une deuxième partie un modèle multidimensionnel de la participation démocratique qui nous permet d'en appréhender la complexité. À la lumière de ce modèle nous étudierons finalement un cas particulier, soit le processus de participation au *Plan régional d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie*, réalisé dans le cadre de l'implantation de la *Politique de santé mentale* publiée en 1989. Finalement, à partir de l'étude de cas nous tenterons d'identifier quelques pistes de travail et de réflexion afin d'améliorer la participation démocratique à l'administration des services sociosanitaires québécois et des services publics.

La thèse comporte donc trois parties:

Une première partie rappelle l'importance qu'a pris l'enjeu de la démocratisation des services sociaux et de santé dans le cadre de la réforme sociosanitaire inspirée par la Commission Rochon et mentionne les attentes qui ont été formulées à cet égard envers les plans régionaux d'organisation de services et la planification participative. Cette section comporte également une revue de littérature afin de poser les premiers jalons d'une définition multidimensionnelle de la démocratie et d'en saisir les principales contradictions.

La seconde partie présente un modèle théorique et une grille d'analyse de la participation démocratique. Inspirée des travaux de plusieurs chercheurs en sciences politiques, issue dans les faits de nombreuses itérations entre l'étude de cas et le modèle théorique, la grille d'analyse développée dans le cadre de la thèse permet de mieux comprendre la complexité de la participation démocratique et d'en saisir les multiples dimensions.

À la lumière de la grille d'analyse présentée dans la deuxième partie, la troisième partie de la thèse présente une étude de cas, soit le processus de participation au *Plan régional*

d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie (PROS-SM). Afin d'illustrer l'ensemble des dimensions de la participation démocratique, l'étude de cas embrasse un vaste panorama. Le processus de construction démocratique aboutissant à la rédaction du PROS a été amorcé avec l'énonciation du projet collectif en santé mentale vers la fin des années 1980, il s'est poursuivi avec la formulation du mandat présenté dans la *Politique de santé mentale* (1989), qui a donné lieu ensuite à la structuration des instances devant représenter les intérêts publics dans le cadre de la planification régionale, pour se terminer avec la rédaction du *Plan d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie* publié en 1991. Ce sont toutes ces étapes qui ont été étudiées dans le cadre de l'étude de cas afin d'analyser les multiples conditions de la participation démocratique.

Finalement les résultats de l'étude de cas permettent de conclure sur la valeur heuristique du modèle théorique et d'en extraire une meilleure compréhension des limites et des conditions de la participation démocratique dans le contexte sociopolitique québécois et plus spécifiquement dans le secteur des services sociaux et de santé.

PARTIE UN:UNE DÉMOCRATIE EN SANTÉ

La démocratisation des services de santé et des services sociaux constituait l'un des enjeux majeurs de la réforme amorcée au début des années 1990. Les plans régionaux d'organisation de services (PROS), inscrits dans *la Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux* en 1991(L.R.Q., 1991, chap.42), offraient alors au « citoyen consommateur, décideur et payeur», comme le mentionnait le Ministre Marc-Yvan Côté en 1991, l'opportunité de défendre et de négocier régionalement ses intérêts en matière de services sociosanitaires. La planification régionale constituait l'un des éléments clefs de la décentralisation des pouvoirs publics vers les régions, et les plans régionaux d'organisation de services devaient permettre aux citoyens et aux citoyennes de participer à la planification des services sociaux et de santé dans leur région, tout en obligeant les régies régionales de la santé et des services sociaux à rendre des comptes au ministre de la Santé et des Services sociaux.

Les plans régionaux d'organisation de services, confiés aux régies régionales de la santé et des services sociaux, devaient rapprocher les lieux de décision des citoyens et des citoyennes et on attendait de la planification régionale qu'elle contribue à démocratiser les services sociaux et de santé, en s'appuyant sur un processus de participation démocratique.

Quelle peut être la contribution de la planification participative à l'atteinte de cet objectif? Avant de répondre à cette question, nous étudierons d'abord quelles attentes ont été exprimées et quels ont été les déceptions rencontrées concernant la participation démocratique à l'administration des services sociosanitaires. Nous analyserons ensuite, à partir d'une revue de littérature, les paradoxes inhérents à la pratique démocratique avant de proposer une définition complexe, systémique et multidimensionnelle de la participation démocratique.

Démocratisation et planification régionale

Au cours du XX^e siècle, la santé est devenue une préoccupation croissante pour les États démocratiques d'Europe et d'Amérique du Nord. Au Québec la Commission Castonguay-Nepveu d'abord, et vingt ans plus tard la Commission Rochon ont inscrit la santé parmi les préoccupations majeures de l'État tout en réclamant que l'administration des services soit démocratique et fasse l'objet de débats publics.

Depuis les vingt dernières années, la définition de la santé s'est élargie de façon inversement proportionnelle aux capacités de l'État d'en assumer la responsabilité. L'élargissement de notre conception de la santé a progressivement transformé ce secteur d'activité en un véritable projet social et collectif requérant l'implication de plusieurs partenaires et reposant sur la participation croissante des citoyens et des citoyennes. La participation à la planification régionale et aux plans d'organisation de services est l'un des moyens qui devait contribuer à mobiliser et à engager les nombreux acteurs sociaux, et la population en général, dans le processus régional de gestion des services sociosanitaires.

Santé et citoyenneté: un nouveau contrat social

Dès 1978, le *Rapport Lalonde*, du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada, invitait les Canadiens et les Canadiennes à franchir le pas entre une vision médicale de la maladie et une vision sociale de la santé. On insistait déjà sur l'importance de la collaboration multisectorielle pour améliorer la santé de la population. Marc Lalonde encourageait « les professionnels de la santé, les établissements de santé, le monde scientifique, le système d'enseignement, les autorités municipales, les gouvernements provinciaux et fédéral, le monde des affaires et les syndicats ouvriers, les organismes bénévoles et chaque Canadien pris individuellement » (p. 67) à collaborer au maintien et à l'amélioration de la santé de la population.

Emboîtant le pas, l'Organisation mondiale de la Santé incitait ses États membres à se doter de politiques sanitaires nationales orientées vers l'amélioration de la santé des populations; pour l'OMS ces politiques doivent être élaborées avec la participation des citoyens et des citoyennes et soutenir l'action communautaire et locale (OMS, 1986).

On a insisté au Québec comme ailleurs, sur l'importance de la participation de la population à la planification et à l'organisation des services sociaux et de santé, qu'il

soit question de promotion des droits, de définition des besoins et des services ou de l'évaluation des programmes (Demers, 1987, Von Schoenberg, 1985, Corin et al, 1987). La réforme consécutive à la Commission Castonguay-Nepveu au début des années 1970 avait déjà interpellé la population en donnant plus de pouvoir aux citoyens et aux citoyennes, aux usagers et aux usagères et cela, en leur réservant des sièges aux conseils d'administration des établissements et des conseils régionaux de la santé et des services sociaux.

Au niveau local, cette réforme garantissait la participation des citoyens et des citoyennes aux conseils d'administration des établissements sociosanitaires. Malheureusement il s'est produit dans la plupart des cas un déplacement du pouvoir vers les professionnels et les producteurs de services, au détriment des personnes usagères, des citoyens et citoyennes (Godbout, 1987).

Au niveau régional, la réforme Castonguay-Nepveu avait confié aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) la responsabilité d'informer la population et d'assurer sa participation à la planification et à la gestion des services sociaux et de santé. Bien que les CRSSS aient contribué à la création d'une nouvelle mentalité de concertation entre les distributeurs de services, par la mise en place de nombreuses structures de concertation régionale, ils n'ont pas véritablement réussi à impliquer la population et à sortir d'une logique de production de services (Bélanger, 1987b).

À la fin des années 1980, les travaux de recherche réalisés pour la Commission d'Enquête sur la Santé et les Services sociaux (plus communément désignée Commission Rochon) ont confirmé l'échec relatif des mécanismes de participation prévus par la *Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux*, adoptée à la suite de la Commission Castonguay-Nepveu. La Commission Rochon a posé un diagnostic sévère sur le système de services « pris en otage par les corporations ». La naïveté des années 1960 concernant la participation, comme le déclarait Jacques Godbout en 1991, n'est plus de mise.

Malgré les résultats trahissant les espérances formulées dans le cadre de la réforme Castonguay-Nepveu (Godbout, Leduc et Collin, 1987; Brassard, 1987; Bélanger, 1987b), la démocratisation du système sociosanitaire a inspiré les recommandations de la Commission Rochon qui réaffirmait que les citoyens et les citoyennes doivent participer aux décisions présidant à la destinée des services sociaux et de santé.

« Il faut replacer la santé et le bien-être au coeur des préoccupations de notre société, si l'on entend donner à tous et à toutes des chances égales de mettre en valeur leur potentiel humain [...] il faut compter sur la dynamique résultant d'une large participation des personnes et des groupes afin que les choix émanent d'arbitrages transparents et démocratiques, afin aussi que la population soit proche des lieux de prise de décision. Le système doit évoluer dans la direction voulue collectivement et être maîtrisé par ceux et celles qui veulent bâtir l'avenir » (Commission d'Enquête sur la Santé et des Services sociaux, 1987e, p.5).

Une vision globale de la santé, la rationalisation des services en fonction d'objectifs de santé et des besoins de la population, la décentralisation des pouvoirs vers les régions, la concertation multisectorielle constituent autant d'enjeux fondamentaux de la réforme entreprise au début de la décennie 1990. Ces enjeux sont tous étroitement associés à la démocratisation du système sociosanitaire. La démocratisation du système sociosanitaire constituait une orientation fondamentale de la réforme prônée d'abord par la Commission Rochon, reformulée ensuite par le ministre Côté et instituée finalement par la *Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux* (1991, L.R.Q. ch. 42). Il s'agissait explicitement de resituer « le citoyen consommateur, décideur et payeur » au coeur du système selon les termes mêmes employés par le ministre Côté.

Les plans régionaux d'organisation de services

En 1991, la *Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux* (1991, L.R.Q., ch. 42) transformait les conseils régionaux en régies régionales de la santé et des services sociaux et leur confiait la responsabilité de réaliser des plans régionaux d'organisation de services afin de rapprocher les décisions des citoyens et des citoyennes et afin de recentrer les services sur les besoins des personnes.

Cette loi exigeait que les régies régionales réalisent des plans régionaux d'organisation de services en collaboration avec les divers partenaires concernés, pour chacun des champs d'activité du réseau sociosanitaire québécois. La planification participative constituait un nouveau mode de gestion des services sociaux et de santé qui s'est étendu à plusieurs problématiques du secteur de la santé et des services sociaux au début des années 1990. Plusieurs politiques ministérielles publiées entre 1988 et 1992 ont ordonné aux régies régionales de rédiger des plans d'organisation de services, d'abord en déficience intellectuelle (automne 1988), puis en santé mentale (hiver, 1989); les secteurs de la déficience physique, celui de l'alcoolisme et de la toxicomanie et celui de la jeunesse en difficulté ont rapidement suivi entre 1990 et 1992. Plusieurs régies se

sont également engagées, de leur propre chef, à réaliser des plans d'organisation de services pour le secteur des services aux personnes âgées.

Le concept de plan régional d'organisation de services est apparu au cours des années 1980. Madame Lavoie-Roux, alors ministre, en parlait avec enthousiasme lors d'un colloque réunissant les membres des conseils d'administration des conseils régionaux de la santé et des services sociaux. Elle avouait fonder beaucoup d'espoir sur ces « nouveaux produits de planification » qui soutiennent la concertation, contribuent à la rationalisation des ressources et peuvent éclairer la prise de décision (Lavoie-Roux, 1987, p. 11).

Un Comité conjoint MSSS-CRSSH s'est penché sur la définition des plans régionaux d'organisation de services et selon ce comité, la démarche « se situe au carrefour ou à la jonction des orientations et priorités ministérielles et des besoins des communautés d'une part, et des ressources publiques disponibles et des efforts communautaires d'autre part » (p. 5). Cet exercice rigoureux de planification devait permettre de rationaliser l'organisation des services, et le processus de participation au niveau régional devait rapprocher la prise de décision de la population. On comptait sur la démarche de réalisation des PROS pour instaurer un véritable partenariat régional.

« La démarche suppose donc une ouverture à la coopération multisectorielle dans la recherche et dans l'atteinte d'objectifs sociaux et de santé » (p. 8). On devait tenir compte également « des informations sur la capacité des communautés à contribuer aux objectifs du système de santé et de services sociaux sous diverses formes » (p. 11).

C'est dans le cadre de la *Politique en déficience intellectuelle*, à l'automne 1988, puis dans la *Politique en santé mentale* publiée en janvier 1989, que le Ministère confiait pour la première fois le mandat de réaliser des plans d'organisation de services aux conseils régionaux. Dans la *Politique de santé mentale* la définition de la santé mentale proposée, comprenait des dimensions biopsychosociales faisant appel à la participation de plusieurs partenaires, c'est-à-dire les personnes, les familles et les proches, les intervenants et les intervenantes et la communauté. En outre la promotion de la santé mentale exigeait la collaboration de plusieurs secteurs d'activité et ne pouvait reposer sur les seules épaules du Ministère de la santé et des services sociaux. La réalisation des plans d'organisation de services devait permettre d'instaurer un véritable partenariat entre tous les partenaires concernés et d'établir des liens avec d'autres secteurs d'activité et de services, tout en rapprochant les décisions des citoyens et des citoyennes.

Afin d'instaurer ce partenariat, le plan régional devait être réalisé en collaboration avec un comité tripartite dont le premier tiers devait être composé de représentants et de représentantes des établissements offrant des services de santé mentale, le second, d'organismes communautaires oeuvrant en santé mentale et le troisième, de représentants et de représentantes d'autres secteurs d'activité pouvant affecter la santé mentale de la population. Les plans régionaux en santé mentale devaient finalement faire l'objet d'une « consultation élargie » avant d'être transmis au Ministère pour approbation.

On comptait sur la planification régionale et sur les plans d'organisation de services pour mobiliser les partenaires concernés: les citoyens et les citoyennes, les différents secteurs d'activité, les secteurs communautaires et privés. Mais il semble que les espérances fondées sur cette nouvelle pratique n'aient pas été comblées.

Des intérêts conflictuels

Malgré les espérances formulées à l'égard de la planification participative, la recherche évaluative sur la participation à la planification sociosanitaire a mis en lumière les difficultés inhérentes à cette pratique et témoigne tant de l'insatisfaction des participants et participantes, que des déceptions des planificateurs et planificatrices.

Comme Godbout au Québec (1991), Ellenberger (1981) aux États-Unis a constaté un glissement du pouvoir des citoyens et des citoyennes vers une logique de production de services. Nos voisins américains qui ont institutionnalisé la participation de la population à la gestion des services de santé, en 1974, par le *National Health Planning and Resources Development Act*, créaient un réseau national d'agences régionales de planification (Health Systems Agencies). Ces agences ont reçu le mandat de solliciter l'implication et la représentation des différents groupes de consommateurs et de consommatrices à la planification des services.

Bien que le déploiement d'efforts systématiques pour encourager la participation des citoyens et des citoyennes, des consommateurs et des consommatrices semble améliorer la qualité de la participation publique, l'expérience américaine a montré que les producteurs de services sont mieux organisés et se mobilisent davantage que les groupes de consommateurs, pour superviser les mises en candidature et monopoliser le pouvoir (Checkoway, 1981).

Pour Ellenberger (1981), les citoyens et les citoyennes doivent réellement avoir accès au pouvoir. Les priorités des citoyens et des citoyennes diffèrent de celles des technocrates et des producteurs de services et leurs intérêts doivent primer sur ceux des autres groupes. Elle a observé que les citoyens et les citoyennes se préoccupent de l'accessibilité des services, du fardeau et de l'impact des soins pour la famille, de la disponibilité de l'information dont ils ont besoin, des délais de traitement, de leur capacité de payer. Pour Ellenberger, les citoyens et les citoyennes doivent affirmer leur souveraineté, former des alliances et des coalitions pour promouvoir et défendre leurs intérêts et s'engager en grand nombre pour participer à la planification des services qui seront alors définis en fonction de leurs véritables besoins. Ils doivent également embaucher et diriger les employés qui planifient les services et il leur revient de définir les priorités en fonction « d'objectifs de résultats » sur la santé des personnes, plutôt qu'en fonction des exigences ou des contraintes du système de services (Ellenberger, 1981, p. 59-60).

Elle déplore par ailleurs le glissement de sens de la participation publique des citoyens et des citoyennes vers une logique de production et de consommation de services. Les citoyens et les citoyennes sont transformés en consommateurs et en consommatrices; leur légitimité est réduite de moitié dans une logique de production. Ce glissement, à notre avis, reflète bien la dichotomie entre les dimensions politiques et technocratiques de la gestion du système socio-sanitaire.

« the law does refer to the consumer. The distinction is not a trivial one. Whereas « citizen » implies a directing decision-making role, « consumer » is merely a user of service, no more than one-half the buyer-seller equation. In our own political tradition, the label « consumer » carries none of the authority of the citizen. It is my contention that the citizen in health planning has been forced to suffer a role demotion to the status of consumer, and that this role demotion is a central cause of citizen disempowerment » (Ellenberger, 1981, p. 50).

Au Québec, la participation à la planification socio-sanitaire a suscité également inquiétudes et insatisfactions. La démocratie participative, celle selon laquelle les citoyens et les citoyennes participent au processus de prise de décision, a mis en péril l'action communautaire selon certains auteurs, en l'institutionnalisant (Léonard, 1985; Godbout, 1987). Plusieurs chercheurs nous ont déjà mis en garde contre la récupération du dynamisme communautaire, la technocratisation des services et la dépolitisation des problèmes sociaux transformés en problèmes administratifs. Pour eux, l'action communautaire constitue un lieu privilégié de la participation sociale et

démocratique; c'est dans le réseau communautaire, en marge des structures et des institutions, que semble le mieux s'exercer la capacité d'autonomie, de créativité et de négociation des politiques et des programmes publics par des citoyens et des citoyennes engagés envers le « bien commun » (Godue et Chambaud, 1981; Bibeau, 1984; Lamoureux et Lesemann, 1987; Godbout, 1987).

Gilbert Renaud (1984) a sévèrement critiqué la technocratisation des politiques sociosanitaires qui s'est substituée au rêve participatif formulé par la Commission Castonguay-Nepveu.

« En vingt ans le rêve d'une « société de participation » où des groupes multiples de citoyens devaient intervenir pour influencer les décisions du pouvoir se renverse en cauchemar d'une société habilement manipulée pour obtenir des groupes de citoyens un travail qui adhère aux objectifs de la technocratie » (p. 115).

Malgré ce constat d'échec répété, c'est au contraire pour éviter que l'appareil technocratique contrôle à lui seul l'organisation des services sociosanitaires, que le mouvement communautaire acceptait de participer à la planification régionale des services sociaux et de santé dans le cadre de la *Politique de santé mentale*. La demande de participation et de démocratisation s'est maintenue. La volonté de l'État de faire appel à la participation collective correspond à une demande publique d'élargissement de l'espace démocratique et plus particulièrement aux demandes du mouvement communautaire.

Une recherche menée par le Regroupement des Ressources alternatives en Santé mentale du Québec (RRASMQ), dans le cadre de la réalisation des plans d'organisation de services en santé mentale, exprimait clairement les difficultés de cette pratique, énonçait les conditions de l'adhésion du mouvement communautaire à la planification participative et reformulait cette demande démocratique. Dans un contexte de remise en question de l'État-providence, les ressources alternatives

« doivent peser de tout leur poids (aussi poids-plume soit-il) pour influencer les rapports de force dans le sens d'une plus grande démocratisation, dans le sens d'un élargissement des espaces démocratiques au sein de la société civile». Sinon nous assisterons à « une nouvelle emprise du mode de gestion technocratique de la société[...] à une mobilisation-intégration des dynamismes communautaires à la rationalité centralisatrice [...] l'homogénéisation [...] l'appauvrissement de la société globale » (RRASMQ, 1991, p. 13).

La première partie du rapport de recherche rappelait les principaux enjeux politiques, organisationnels et économiques de la participation à l'élaboration des plans régionaux d'organisation de services. Tout en reconnaissant l'importance de la démocratisation des services on y soulignait également le danger de la récupération du dynamisme communautaire par l'État et de la technocratisation des services. En ce qui concerne le processus de participation, le RRASMQ déplorait les échéanciers trop courts, l'absence de débat de fond, le manque de « pédagogie participative » des CRSSS, les conditions difficiles d'une participation exigeante et non rémunérée et plus particulièrement l'absence d'usagers et d'usagères.

Du côté de l'analyse du contenu des plans régionaux, le RRASMQ dénonçait la domination de l'approche épidémiologique, la faiblesse de l'analyse sociale des problèmes de santé mentale et le maintien du modèle institutionnel d'intervention. Pour le RRASMQ les plans régionaux reposaient sur une logique de production de services et de consommation, en évacuant les implications sociales et les solidarités communautaires. Les ressources alternatives, tout en reconnaissant la nécessité de « planifier par objectifs » et de « gérer les services par programmes » selon une logique qui tente d'échapper au corporatisme, éprouvaient de la difficulté à s'insérer dans ce type de démarche technocratique. Leur rapport témoignait du « Choc des cultures » entre l'approche communautaire et l'approche des « technocrates rationalisateurs ».

Le RRASMQ énonçait ensuite les conditions du maintien de la collaboration des ressources communautaires à la planification régionale. Ces recommandations portent notamment sur l'assurance « d'un financement global pour chaque ressource », le remboursement de la participation, l'amélioration de la « pédagogie de participation », l'instauration de « mécanismes permettant la participation des usagers/ères » et le « renforcement du Regroupement provincial » (p. 48). Pour le mouvement communautaire et alternatif ces conditions favorisaient l'élargissement de l'espace démocratique, en soutenant la participation et la politisation des organismes communautaires et en reconnaissant la légitimité de la participation des usagers et des usagères.

La Conférence des conseils régionaux a, de son côté, évalué plus positivement la participation aux plans régionaux en santé mentale auprès des membres des comités

tripartites. Seuls les membres des premier et troisième tiers¹ ont accepté de participer à cette enquête. Le portrait est moins sombre et l'expérience a été jugée « stimulante et enrichissante » par la majorité des répondants. On reconnaissait cependant certaines difficultés concernant la clarté de la tâche et du mandat. On déplorait les échéanciers trop courts pour la complexité de la tâche ainsi qu'une plus faible participation des représentants et représentantes du 3^e tiers.

La satisfaction quant à la qualité des débats et l'atteinte d'un consensus variait d'une région à l'autre. Dans certaines régions tous les membres ont participé à la discussion et ont eu une « attitude propre à favoriser l'atteinte de consensus » (Conférences des conseils régionaux, 1991, p. 12). On déplorait ailleurs que le comité tripartite « aura été une tribune pour la défense d'intérêts corporatistes. Enfin, certains sont d'avis que la contribution des groupes communautaires, quelquefois ignorée, aura fait défaut à une réflexion achevée » (p. 12).

Selon cette seconde enquête, malgré les difficultés rencontrées, les participants et les participantes étaient généralement satisfaits de l'expérience et souhaitaient que le mandat des comités tripartites soit prolongé afin de leur permettre de participer au suivi et à l'implantation des plans régionaux d'organisation de services. Pour la Conférence des CRSSS, il fallait resituer les difficultés inhérentes à la réalisation des PROS dans un processus d'apprentissage du partenariat et profiter de l'expertise acquise pour améliorer le processus de participation.

Ces deux recherches sur la participation aux plans régionaux d'organisation de services en santé mentale soulignaient les lacunes de la « pédagogie participative » et recommandaient d'accroître ou d'améliorer la participation des usagers, des usagères et des représentants et représentantes du 3^e tiers (les secteurs dont les activités peuvent avoir des répercussions sur la santé mentale de la population).

1 La Politique de santé mentale, en 1989, exigeait la mise sur pied de comités tripartites devant participer à la réalisation des plans régionaux d'organisation de services en santé mentale. Les personnes du premier tiers proviennent des établissements publics offrant des services en santé mentale, pour le second tiers d'organismes communautaires en santé mentale, et pour le troisième de secteurs d'activité dont les actions peuvent avoir une influence sur la santé mentale de la population.

Ces deux recherches questionnent l'autonomie dont dispose les comités tripartites pour cerner les enjeux et préciser l'agenda des négociations, elles mettent en doute la légitimité de la représentation des intérêts de la population au sein du comité tripartite et déplorent une répartition inéquitable des moyens dont disposaient les différentes catégories d'intérêt pour participer collégalement au processus de décision.

On concluait malgré tout qu'il faut poursuivre l'expérience. Après avoir collaboré à la recherche menée par le RRASMQ, madame Lamoureux concluait dans un ouvrage ultérieur (*Le partenariat à l'épreuve*, 1994) qu'il y avait lieu de poursuivre l'expérience participative, malgré toutes les difficultés et les risques de cette pratique.

« Il y a eu au contraire un accroissement de la potentialité des organismes communautaires et alternatifs d'ouvrir le système, de le démocratiser, en raison du regroupement de leurs forces dans l'adversité, de la politisation accrue de leurs membres et de l'expérimentation des complexités de l'action collective. Cependant, l'épuisement guette. Il y a trop peu d'espace démocratique. C'est là la priorité à notre avis, du moins dans toute la problématique centrale de l'interpénétration paradoxale des dynamiques institutionnelles et communautaires. Encore ici, l'intégration paradoxale veut dire concrètement que les visées ne sont pas les mêmes, mais qu'il est peut-être possible de s'entendre sur des objectifs précis de démocratisation et de travailler conjointement à les réaliser » (Lamoureux, p. 198).

Pour mieux saisir les difficultés inhérentes à la démocratisation des services sociosanitaires et à la planification participative, nous allons maintenant tenter de cerner les conditions d'exercice et les paradoxes de la participation démocratique.

Mais qu'est-ce que la démocratie?

Pour «élargir l'espace démocratique» il faudrait avant tout mieux comprendre ce qu'est la démocratie. Comment peut-on la définir, quelles en sont les conditions d'exercice? Quelles sont les paradoxes et les conflits qui l'habitent? C'est à ces questions que s'attaquent les prochaines sections en s'appuyant sur les réflexions de quelques auteurs qui se sont tout particulièrement attardés à définir la démocratie.

La démocratie: un rêve en marche

La démocratie se définit d'abord par ses fondements éthiques. Elle repose sur la conviction que tous les êtres humains sont égaux et naissent avec les mêmes droits. Le peuple est souverain et assume la responsabilité de décider des droits, devoirs et libertés individuels et collectifs, c'est-à-dire de formuler le contrat social par lequel les individus

égaux et libres échangent leur obéissance à la loi civile contre la protection sociale (Pateman, 1985). 16

Beetham (1987) donne une définition très semblable de la démocratie, caractérisée par :

« equal right to share rules and policies of the association of which one is a member, and to define the freedoms that are entailed by this principle: of thought, expression, association, assembly, and so on » (p.101).

Équité, solidarité, liberté fondent la démocratie moderne. Si les fondements éthiques de la démocratie semblent relativement clairs, les modalités d'exercice de la démocratie sont plus difficiles à préciser. Comment le peuple peut-il et doit-il exercer la souveraineté qui est alors la sienne? Cette question hantait les pères de la démocratie américaine, après la guerre d'Indépendance,

« confrontés aux principales énigmes posées par la démocratie: comment instaurer un gouvernement central assez fort qui puisse garantir l'unité et la sécurité, mais ni si puissant ni si centralisé qu'il empiète sur la liberté des individus? Comment policer des gouvernants qui prétendent exprimer la volonté populaire? Et comment protéger un gouvernement populaire des menaces que représente une démocratie à l'État pur? » (Watson et Barber p.36)

Au-delà de la difficulté de dépasser l'idéologie pour instaurer une véritable pratique démocratique, il est difficile de cerner les caractéristiques de la démocratie parce qu'elle « n'est pas un état, mais un processus » (Fortin A., 1991, p.244). Pour Maheu (1991), la démocratie revêt historiquement trois formes principales, la première « est celle de la conquête de droits élémentaires », liés à la liberté d'association, d'expression et de croyance religieuse. Ensuite la démocratie s'institutionnalise en régime politique caractérisé par le mode électoral de délégation des pouvoirs des citoyens et des citoyennes à une minorité de personnes les représentant. Finalement elle revêt une troisième forme, engageant tous les citoyens et les citoyennes d'une société civile active, alors

« la démocratie prend historiquement la forme de l'expression et de la recherche pratique, active et concrète de l'égalité, de la justice, de l'émancipation collectives. La démocratie apparaît alors comme les formes de revendication et les luttes sociales qui visent à déraciner les inégalités, les exploitations et l'oppression. Elle est indissociable des rapports sociaux par lesquels des groupes sociaux concrets, des collectivités concrètes, ce que l'on appelle de fait une société, traitent les problèmes, les enjeux essentiels, impératifs de leur devenir » (Maheu, 1991, p.123).

Cette troisième forme rappelle l'idéal démocratique selon lequel le pouvoir est exercé activement par tous les citoyens et les citoyennes. La démocratie, quête de justice, d'égalité et de liberté adopterait donc successivement des formes différentes. La forme qu'elle revêt dépend de la capacité du groupe d'institutionnaliser et d'opérationnaliser les valeurs démocratiques. On pourrait en dire qu'elle est le produit de la maturation des peuples désirant s'affranchir de la domination des dieux et des rois. La démocratie résulte de la résolution historique de conflits et de paradoxes, elle est l'incarnation de valeurs, elle recherche l'affranchissement individuel et collectif et réside dans l'univers politique où se négocie le contrat social.

État et régulation démocratique

La démocratie est étroitement liée à la notion d'État, c'est-à-dire qu'elle s'exerce d'abord dans la sphère politique des activités humaines, dans une zone constituée par le contrat collectif, délimitée par une constitution. C'est dans cette zone reconnue comme publique par l'ensemble des citoyens et des citoyennes que vont émerger les politiques sociales. Ces politiques exigeront d'être régulées par l'État et le gouvernement.

Parce que la démocratie convient de la souveraineté du peuple, elle s'édifie sur la reconnaissance de l'appartenance commune des citoyens et des citoyennes à la nation et circonscrit une aire de négociation qui délimite l'exercice des pouvoirs publics. Elle a besoin pour s'exercer de cette aire de négociation collective, de la reconnaissance d'une zone publique, de l'appartenance à une collectivité.

C'est lors de la formulation initiale de la « constitution » que sont précisés les pouvoirs, devoirs et responsabilités dont dispose une collectivité démocratique sur les individus qui la composent. En plus de préciser les conditions d'appartenance et d'exclusion à la nation, la constitution détermine les rapports de la collectivité avec ses membres en identifiant la zone contractuelle, en séparant ce qui demeure privé et ce qui est reconnu comme public, et qui sera gouverné.

« La démocratie a été associée à la formation des États nationaux et on peut douter qu'elle puisse, dans le monde actuel, subsister en dehors d'eux, même si chacun accepte aisément que la démocratie doive déborder le niveau national vers le bas, vers la commune ou la région, et vers le haut, vers un État fédéral, comme l'Europe qui essaie de naître, ou vers l'Organisation des Nations unies [...] on ne peut pas concevoir de démocratie qui ne repose pas sur la définition d'une collectivité politique (polity) et donc d'un territoire » (Touraine, 1994, p. 46).

Pour Touraine, si la démocratie repose sur l'État, elle exige également que l'État se limite lui-même. L'État démocratique a pour devoir de préserver la multiplicité, la diversité, pour ne pas devenir totalitaire. Les individus doivent être protégés de l'emprise absolue d'une nation souveraine. La démocratie doit préserver les libertés individuelles ainsi que l'équilibre entre vie privée et chose publique.

« C'est quand la distance qui sépare l'État de la vie privée est reconnue et garantie par des institutions politiques et par la loi que la démocratie existe » (Touraine, p. 44).

La démocratie doit réconcilier les exigences de la survie à la fois du groupe et de l'individu, elle doit rechercher l'équilibre entre le bien collectif et le bien privé, entre l'ordonné et le non-ordonné, entre la société civile et l'univers politique.

Délégation ou participation directe?

Que l'on affirme avec enthousiasme, comme Naisbitt (1984), que nous vivons une période de transition entre la démocratie de représentation et la démocratie de participation, que l'on parle des nouveaux mouvements sociaux, comme Rosanvallon (1988), Thériault (1987), et Maheu (1991), ou encore de luttes pour l'acquisition du contrôle de l'historicité, comme Touraine (1987, 1978), on encore d'une nouvelle forme de « démocratie fonctionnelle » comme Thuot (1994) il est indéniable que nous assistons à l'émergence de nouveaux modes de négociation du contrat social et de production de la société.

Cette compréhension de la démocratie en marche, resitue dans une perspective historique la polémique entre les « élitistes » défenseurs de la démocratie de délégation et de représentation et les « participationnistes » supportant la démocratie directe et encourageant la plus vaste participation des citoyens et des citoyennes aux affaires publiques.

Sans endosser la position élitiste, caractérisée par la croyance que la plupart des citoyens et citoyennes sont inaptes et incompetents pour défendre les intérêts publics, Jacques Godbout (1991) affirme cependant que seule la démocratie de délégation répartit également le pouvoir entre tous les citoyens et les citoyennes, sans privilège de classe, de sexe ou de race. Pour lui, la démocratie de délégation permet à tous et à toutes, en toute équité, de choisir les élus qui représenteront et négocieront leurs intérêts au sein d'un gouvernement responsable de la gestion des affaires publiques.

Godbout (1991) dénonce la démocratie participationniste qui profite inégalement aux divers groupes d'intérêts qui s'approprient le pouvoir; trop de participation entrave la démocratie. Les résultats de ses recherches, dans le secteur de la santé et des services sociaux sur la participation à l'administration et à la planification des services, l'ont amené à conclure que cette forme de participation génère un glissement du pouvoir au profit des producteurs de services et au détriment des citoyens et des citoyennes qui sont réduits au rôle de consommateurs de services. La prise de pouvoir par le personnel permanent, par les professionnels, par les technocrates et les producteurs de services semble le triste résultat de la planification participative dans le domaine sociosanitaire.

La démocratie de délégation est cependant en péril. Le taux de participation de la population aux élections, tant en Europe, qu'en Amérique a dramatiquement chuté au cours des dernières décennies dans tous les pays occidentaux. Diverses interprétations ont été formulées pour expliquer le désintéressement des citoyens et des citoyennes envers le processus électoral. D'aucuns fustigent l'indifférence croissante du citoyen et de la citoyenne tournés vers le bonheur privé, négligeant alors la chose publique. D'autres constatent que le peuple désillusionné méprise la « mascarade politique » (Hermet, 1989).

Pendant que l'électorat faiblit, les formes alternatives de participation publique se multiplient. Les progrès de la technologie moderne en matière de communication de masse, ont ébranlé la croyance selon laquelle la démocratie directe, née chez les Grecs, est impraticable pour de vastes populations. De nouvelles pratiques démocratiques ouvrent la porte à une participation croissante de la population à la négociation du contrat social. Certains optent pour une démocratie participative faisant usage de la technologie et des mass media, encouragés par la popularité croissante des sondages, des référendums et des consultations publiques (Lemieux, 1988, Arterton, 1987). Les citoyens et les citoyennes peuvent ainsi voter directement pour ou contre une décision les concernant, plutôt que de voter pour ou contre un représentant ou une représentante à qui il délégueraient le pouvoir de décider des affaires publiques. Plus récemment encore l'expansion du « cyberspace » a renouvelé les espoirs en une démocratie de participation directe soutenue par les progrès technologiques et l'usage de l'Internet (Lévy, 1995).

Pour Burnheim (1985), partisan d'une démocratie participative où toutes les personnes intéressées devraient participer à la défense et la négociation de leurs intérêts, la démocratie de délégation nous aurait plutôt dotés d'un système oligarchique qui n'est,

en fait pas du tout démocratique. Le système électoral crée des divisions et des disparités entre les citoyens et les citoyennes. Comme Naisbitt (1991) il croit que « ceux dont l'existence risque d'être affectée par une décision doivent faire partie intégrante du processus décisionnel » (Naisbitt, 1991, p. 229). Les personnes intéressées sont celles qui produisent, consomment ou subissent les effets d'une politique, d'un bien ou d'un service.

Burnheim souhaite l'avènement d'une société libre qui contribue à développer les aptitudes communautaires de chacun. Pour cet auteur, accéder à la démocratie c'est éviter à tout prix la concentration du pouvoir et du capital, prôner la liberté individuelle, favoriser la multiplicité et la diversité, respecter les différences, reconnaître les appartenances multiples. Il rejette la représentation électorale, prise en otage par des intérêts particuliers et propose d'autres modèles de délégation, fondés sur une « représentation statistique et la stratification » en fonction de communautés d'intérêts variés. Il dénonce toute forme de découpage et de représentation territoriale ou raciale.

S'il est entendu par les uns et les autres que l'idéal démocratique veut que tous les citoyens et les citoyennes participent à toutes les décisions, parce que cet idéal est inaccessible, les « participationnistes » et les « délégationnistes » privilégient dans les faits l'une ou l'autre condition de la participation démocratique, soit l'étendue ou l'intensité de la participation. En effet, on peut observer que la participation démocratique varie en étendue et en intensité (Nagel, 1987). Une participation étendue fait référence à l'implication d'un grand nombre de personnes et assure la représentation de tous les intérêts en présence. La participation intensive exige de longues heures de délibération et de négociation pour élucider les enjeux et les intérêts en présence et assurer l'adhésion de chacun aux décisions collectives.

La participation démocratique ne peut à la fois être exhaustive et intensive. Nagel (1987) énonce deux lois selon lesquelles plus la participation est intensive, plus le coût de la participation est élevé et moins les gens peuvent participer. Si un nombre réduit de participants et de participantes diminue la probabilité qu'un groupe représente l'ensemble des intérêts de la population, une participation exhaustive qui reflète davantage les préférences de l'ensemble de la population, ne permet pas une participation intensive.

Tout processus démocratique repose sur diverses modalités de participation plus ou moins intensives et il est inévitable de déléguer au moins une part du pouvoir individuel

parce que « tout le monde ne peut participer tout le temps à tout » (Fortin, 1991, p.236). À la source de la délégation, il y a toujours une certaine forme de découpage qui regroupe et catégorise des intérêts. Ce découpage qu'il soit géographique, par problématique, par champ d'intérêt ou sous toute autre forme, cristallisera les enjeux des affrontements et de la négociation et pour être démocratique il doit être reconnu comme légitime par la population concernée. D'autre part les formes et les modalités que peuvent prendre la participation démocratique sont multiples: action communautaire ou politique, planification participative, consultation publique, référendum ou encore participation électorale. Ces diverses formes sont marquées par des délibérations plus ou moins intensives et par une contribution plus ou moins importante des participants et des participantes à la décision finale.

L'évaluation du processus démocratique exige donc de considérer à la fois les dimensions de structuration des intérêts (l'aspect de l'étendue) et les dimensions associées aux modalités de participation et de prise de décision (l'aspect de l'intensité). La démocratie se déroule dans le temps et l'espace, elle prend plusieurs formes et ne peut être réduite à une définition statique et immuable. Elle est insaisissable parce qu'elle se fonde sur un idéal avant de s'incarner dans diverses pratiques.

Décentralisation, culture démocratique et diffusion du pouvoir

La participation croissante des citoyens et des citoyennes exige la décentralisation des pouvoirs vers les niveaux régional et local où le dialogue et la négociation deviennent possibles. Le thème de la décentralisation popularisé durant la dernière décennie, souvent associé à la crise de l'État-providence, est lié au désir de rapprocher les décisions des citoyens et des citoyennes. Pour Fournier et Questiaux (1981) « La diffusion du pouvoir est nécessité » (p.133) Ils font appel à la solidarité, à la justice sociale et au dépassement par les politiques sociales, des rapports marchands. Il faudra donc:

« Décentraliser au maximum les décisions, mais en sachant que certaines d'entre elles seront, quoiqu'il arrive, centralisées. Sortir la démocratie de son champ exclusivement politique pour en créer les conditions dans d'autres lieux: travail, vie quotidienne, consommation sur le marché ou usage des services » (p.104).

Touraine partage cette vision. L'exercice du pouvoir par tous les membres d'une collectivité qui permet de « vivre dans le plus grand nombre de temps et d'espaces possibles, de remplacer le monologue de la raison, de l'histoire ou de la nation par le dialogue des individus et des cultures » (Touraine, 1994, p. 263) constitue l'ultime

pratique démocratique. Touraine avoue qu'il a toujours mal supporté: « le centralisme démocratique, qu'il soit bureaucratique ou révolutionnaire, sur l'action autonome des acteurs sociaux et culturel ». Il nous dit encore que « La démocratie est la subordination de l'organisation sociale, et du pouvoir politique en particulier, à un objectif qui n'est pas social mais moral: la libération de chacun »(p.262).

« Toute pensée démocratique cherche à donner l'avantage au bas sur le haut, à la majorité du peuple sur les élites dominantes [...] Ce qui conduit à définir la démocratie comme une culture, plus encore que comme un ensemble d'institutions et de procédures » (p. 264).

Bien que la démocratie ait besoin de la régulation de l'État, on ne peut l'enfermer dans un ensemble d'institutions, de règles et de pratiques. La démocratie s'élabore, dans de multiples lieux. Elle réside dans le monde des idées, de la culture et des valeurs avant de s'incarner dans nos pratiques technocratiques et politiques. La démocratie repose et contribue à la diffusion du pouvoir, c'est-à-dire que de plus en plus de personnes désirent s'impliquer davantage, exercer plus de pouvoir dans des lieux de plus en plus variés. L'action démocratique naît de la culture et agit sur la culture; elle renforce la « culture démocratique », en faisant la promotion des valeurs de justice et d'équité sociale qui fondent la démocratie.

Comme Burton et Murphy qu'il cite, Jean-François Léonard (1985) associe la difficulté de définir la démocratie à ses liens inextricables avec la culture. Elle s'y insère et comme elle, évolue avec le temps et dans l'espace.

« Les régimes ou les mouvements sont démocratiques quand le peuple détermine ses règles et, ce faisant, se constitue comme une communauté de citoyens actifs. La démocratie est alors un régime d'action à l'intérieur duquel le peuple constitue sa propre communauté, ses institutions, son encadrement social. C'est en même temps un engagement culturel, une sociologie de l'égalité et de la réciprocité et une politique de la participation et de la créativité » (Burton et Murphy, cité dans Léonard, 1985, p 59).

La démocratie évolue dans le temps et l'espace, elle émerge de la culture pour devenir un régime d'actions, de normes, de pratiques et d'institutions. Les multiples dimensions de la démocratie, qui la rendent insaisissable, nous obligent à en rechercher la signification à la frontière entre la société civile et l'État. Jean-François Léonard affirme que la définition de cette frontière constitue l'un des enjeux les plus importants du développement démocratique:

« nous posons la démocratie comme un enjeu social et politique dont la forme institutionnelle représente un état du rapport de force dans la société au moment de l'adoption du contrat social. Rapport

de force qui s'établit, dans les pays industrialisés, moins entre les classes sociales, traversées qu'elles sont par la structuration corporatiste de la société, qu'entre la société civile et la société politique. Enjeu dont les fondements s'inscrivent dans la préservation ou la structuration du consensus social et dont l'issue affère à la mise en place et à la permanence d'un mode de gestion particulier pour l'ensemble de la nation. C'est ce que nous appelons la démocratie en mouvement qui contient sa propre logique, indépendante, sinon en opposition, à la logique de l'État et où la principale médiation politique n'est plus forcément celle du parti » (p.60).

La démocratie doit résoudre de multiples tensions: entre les idéaux et les pratiques effectives, entre le bien public et les intérêts individuels, entre la représentativité et les exigences d'une véritable délibération, entre la société civile et politique. La démocratie est multiforme, variable, insaisissable. Ainsi pour analyser et comprendre la démocratie, il faut considérer les contradictions qui l'habitent. Toute définition devra refléter ces tensions, cet équilibre toujours renégocié entre l'idéal démocratique et la diversité des formes et des lieux où elle s'incarne.

Du paradoxe à la complexité

Si l'on peut considérer la démocratie comme l'évolution historique d'une série de paradoxes et de conflits, on peut aussi l'envisager comme la résultante de l'interaction entre plusieurs forces. Edgar Morin (1993) soutient cette thèse d'un équilibre dynamique entre les principes qui sous-tendent la démocratie.

« Ainsi, la démocratie, qui exige à la fois consensus et conflictualité, est bien plus encore que l'exercice de la souveraineté du peuple. C'est un système complexe d'organisation et de civilisation politiques qui nourrit (en s'en nourrissant) l'autonomie d'esprit des individus, leur diversité d'opinion et d'expression, et l'idéal trinitaire Liberté, Égalité, Fraternité » (p.133).

Pour Touraine (1994) comme pour Morin la démocratie exige l'interaction et l'équilibre entre trois principes constitutifs de la pensée démocratiques.

« Ces trois dimensions de la démocratie: respect des droits fondamentaux, citoyenneté et représentativité des dirigeants se complètent; c'est leur interdépendance qui constitue la démocratie.

Celle-ci exige en premier lieu la représentativité des gouvernants, c'est-à-dire l'existence d'acteurs sociaux dont les agents politiques soient les instruments, les représentants[...]

La deuxième caractéristique d'une société démocratique, telle qu'elle est impliquée dans sa définition, est que les électeurs sont et se considèrent comme des citoyens[...]

Enfin le libre choix peut-il exister si le pouvoir des gouvernants n'est pas limité? La reconnaissance de droits fondamentaux qui limitent le pouvoir de l'État mais aussi celui des Églises, des familles ou des entreprises est indispensable à l'existence de la démocratie » (Touraine, 1994, p. 44-46).

La démocratie exige la coexistence et l'équilibre entre ces principes fondateurs. La domination d'un seul d'entre eux peut provoquer la dégénérescence d'un système démocratique en système oligarchique, oppressif ou en dictature. Il est donc difficile de définir la démocratie, non seulement parce qu'elle est issue de l'évolution historique de rapports de forces, non seulement parce qu'elle doit préserver tout à la fois l'ordre public, le bien collectif et les libertés individuelles, non seulement parce qu'elle oppose la représentation et la participation, non seulement parce que de manière multiforme et diffuse elle habite la culture mais parce qu'elle réfère à une pratique sociale multidimensionnelle. C'est pourquoi toute définition de la pratique démocratique devra refléter ces tensions, cet équilibre toujours renégocié entre plusieurs dimensions.

Dans ces conditions, comment faire en sorte que la participation à la planification régionale des services sociaux et de santé contribue à la démocratisation des services sociaux et de santé? Quels sont les rapports que peuvent entretenir la planification avec la démocratie, les technocrates avec la population, pour renforcer la démocratie, si cela toutefois est possible? Quelles sont les contradictions à résoudre et quelles sont les conditions de réussite de cet enjeu majeur de la réforme sociosanitaire au Québec? La présente recherche tente de répondre à ces questions et pour y arriver suggère, dans un premier temps, de s'attarder à mieux comprendre ce qu'est la démocratie et à cerner quelles en sont les conditions d'élaboration. C'est ce que propose la prochaine section.

PARTIE DEUX: CONSTRUIRE LA DÉMOCRATIE

L'évaluation de la planification participative requiert une meilleure compréhension de ce qu'est la démocratie. Une définition opérationnelle, l'identification de conditions d'exercice et la disponibilité de critères d'évaluation sont indispensables à l'évaluation de la participation démocratique. Nous procéderons maintenant à la présentation d'un modèle théorique de la participation démocratique qui nous permettra ensuite de construire une grille d'analyse applicable à l'évaluation du processus de participation à la planification des services de santé mentale en Montérégie.

La phase de modélisation de la participation démocratique constitue l'étape charnière entre la définition théorique de la démocratie et la possibilité d'en évaluer les conditions d'application dans le cadre de la planification régionale des services de santé mentale en Montérégie. Si la littérature sur la démocratie est plus qu'abondante nous n'y avons pas trouvé de modèle ou de grille d'évaluation qui nous aurait permis d'évaluer les conditions d'exercice de la participation démocratique.

C'est pourquoi à partir d'une définition multidimensionnelle inspirée de la littérature nous avons élaboré une grille d'analyse pour évaluer la participation démocratique. L'intérêt du modèle proposé tient au fait qu'il rend compte de la complexité du processus démocratique, tout en permettant d'analyser un événement particulier, circonscrit dans le temps et l'espace. Ce modèle nous permet de franchir le pont entre la théorie et la pratique, entre l'éthique démocratique et la réalité des pratiques visant l'élargissement de l'espace démocratique. La phase de modélisation, fondée sur une revue de littérature, constituait en elle-même une certaine forme de recherche qualitative et d'analyse de contenu en tentant de repérer les axes de la construction de la démocratie dans la littérature sur la participation politique et démocratique.

Le modèle théorique est plus qu'une simple grille d'analyse. Il y a une jonction à établir entre le modèle théorique et la réalité de la planification régionale. Cette intersection constitue l'intérêt même de la présente recherche. Le modèle d'analyse aide à la compréhension de la pratique et les données opérationnelles permettent de vérifier la pertinence du modèle théorique. Cette réciprocité contribue à comprendre la faisabilité et

le cas échéant, les conditions de réussite de la démocratisation des services sociaux et de santé. 26

Dans les faits le déroulement de la recherche n'est pas un processus parfaitement linéaire. La construction de la grille n'a pas strictement précédé l'analyse des données. Il s'agit plutôt d'un processus itératif qui a exigé des allers retours nombreux entre les concepts théoriques et le matériel disponible pour l'analyse. Le modèle conceptuel a ainsi été ajusté jusqu'à ce qu'il soit applicable au processus de planification participative et nous permette d'en saisir la portée démocratique.

Un souci constant pour la cohérence de l'ensemble des éléments du modèle et des critères d'évaluation a également présidé aux réaménagements successifs du modèle d'évaluation applicable à l'étude de cas. La démarche d'élaboration du modèle théorique est également empreinte du désir de simplifier et de réduire le nombre de concepts à manipuler tout en conservant les idées les plus significatives et porteuses de sens (Huberman et Miles, 1991). C'est ainsi que nous avons obtenu une grille d'évaluation de la participation démocratique utilisable pour l'évaluation du processus de planification des services de santé mentale en Montérégie.

Le véritable intérêt de cette recherche n'est pas de savoir si le processus de réalisation du PROS en santé mentale de la Montérégie a été démocratique ou non, mais plutôt, de mieux comprendre les conditions de faisabilité de la démocratisation des services sociaux et de santé en particulier et de l'administration publique en général, en procédant à une étude de cas et à l'analyse des documents disponibles relatifs à un épisode circonscrit dans le temps et dans l'espace.

En quête de significations: une étude de cas

L'approche méthodologique retenue dans le cadre de la thèse repose sur certains choix épistémologiques. Elle s'inscrit dans une perspective constructiviste de la recherche, s'appuie sur une démarche de type qualitative et propose une vision « écosystémique » des pratiques collectives et des sciences sociales. Ces trois axes ont soutenu l'élaboration de la grille d'analyse de la participation démocratique. Dans les sections qui suivent nous présenterons d'abord les fondements épistémologiques de la méthode de recherche retenue, puis nous présenterons le modèle de participation démocratique et finalement, en nous inspirant de certains auteurs ayant travaillé sur différents aspects de la participation démocratique, nous présenterons les conditions et les critères d'évaluation de la participation démocratique.

Le paradigme constructiviste

La méthode de recherche retenue s'inscrit dans une perspective constructiviste, c'est-à-dire qu'elle repose sur la conviction que la «réalité sociale» dépend de nos constructions théoriques; la vie en société est en fait une construction humaine, à la fois projection et perception de l'esprit humain. Deux paradigmes épistémologiques distincts président à la compréhension du rapport de l'Homme à l'univers. Dans le cas du paradigme positiviste, on affirme que l'intelligence humaine découvre les lois cachées de l'univers. Plus nous comprendrons ces lois, plus nous saurons maîtriser notre avenir et les conditions de vie de l'humanité en mettant à contribution les développements technologiques. Dans le cas du paradigme constructiviste, plus populaire du côté des sciences sociales, on affirme que nous vivons dans un univers de significations et de pratiques produites par l'homme. Il n'y a pas de réalité et de vérité préexistantes et absolues que nous n'aurions qu'à découvrir; nous créons donc notre perception de l'univers et nous créons l'ensemble des significations au sein desquelles s'élaborent les pratiques sociales. À ce titre, nous en sommes responsables. Responsables de notre vision de monde, de la place que nous y occupons, de la signification de notre coexistence et de notre Humanité.

Le choix de l'un ou l'autre paradigme épistémologique n'est pas sans conséquence; ce choix implique et justifie une idéologie et des pratiques politiques différentes. La perspective constructiviste reconnaît l'interdépendance des univers sémantiques,

épistémologiques, idéologiques et politiques. Elle affirme que l'objet n'existe qu'en relation avec un Sujet. Elle privilégie donc le Sujet responsable et en quête de sens et recherche la légitimité des choix plutôt que l'objectivité du savoir. La présente étude s'inscrit dans cette perspective constructiviste pour laquelle la recherche en sciences sociales est indissociable de la pratique. La recherche sociale détermine la compréhension que l'on a du rapport entre nos intentions, les gestes que l'on pose et leurs effets et à ce titre elle contribue à conditionner les pratiques sociales. Elle construit la vision que nous avons de la réalité sociale dans laquelle nous évoluons et contribue à produire cette réalité sociale dans laquelle est immergée la conscience que nous en avons.

Les modèles épistémologiques et méthodologiques qui ont soutenu la recherche évaluative ont évolué au cours des dernières décennies. Les méthodes plus quantitatives, rationalistes et objectives ont progressivement cédé du terrain aux modèles qualitatifs qui accordent une place plus importante aux actrices et aux acteurs et à la valeur des significations élaborées collectivement. On parle maintenant de la « 4^e génération en recherche évaluative » (Guba et Lincoln, 1989). La recherche évaluative s'inscrit dès lors dans la quête et la construction du sens de la vie en société.

La recherche évaluative prend part ainsi à la construction de la réalité sociale. Elle n'invoque plus une fallacieuse « vérité » scientifique, parce qu'elle croit que la réalité n'est pas donnée; elle est le fruit d'une négociation collective. La recherche évaluative elle-même s'inscrit alors dans un processus de changement. En adoptant le paradigme constructiviste, elle permet de tenir compte des solidarités sociales afin d'énoncer et de produire une société dans toute sa complexité et sa signification (Soulet, 1987). La recherche évaluative ne peut être séparée des intentions des sujets et de leur droit légitime à manifester leur volonté collective; elle doit tenir compte de la signification construite, des intentions, des interprétations des sujets agissant et pensant l'univers de leurs pratiques sociales.

Concevoir ainsi la recherche évaluative requiert non seulement l'amélioration de nos pratiques évaluatives mais exige un changement de paradigme. L'approche dite «constructiviste» en sciences sociales repose sur ce changement de paradigme scientifique, c'est-à-dire sur un modèle épistémologique qui doit non pas exclure, mais transcender les approches positivistes et objectives. Avec l'émergence du paradigme constructiviste, on assiste non seulement au déplacement de la recherche évaluative des moyens vers les objectifs comme le soulignait Demers (1987), mais au glissement de

l'évaluation, des objectifs vers les enjeux sociaux, et à une ouverture sur les aspects politiques des pratiques sociales. La quatrième génération en évaluation de programmes redonne une place aux acteurs sociaux, à leur capacité de produire, de négocier et de créer le social.

La pratique évaluative dans le réseau sociosanitaire québécois est marquée par les enjeux politiques où s'affrontent les dimensions technocratiques et démocratiques de l'État et de la société civile. Entre les tensions et les polarités, l'évaluation des pratiques devrait non seulement améliorer la qualité des services mais elle devrait également créer un espace de négociation des enjeux et des pratiques, un univers «constructif» de sens permettant d'élaborer démocratiquement le projet de société. Les problèmes sociaux et de santé mènent inexorablement aux problèmes politiques, et que l'on soit en quête de légitimité, de vérité ou de justice on abordera les rivages de l'éthique.

Étant donné la fluidité de la définition de la démocratie, son inscription dans un système de valeurs, d'intérêts et de pratiques, ce sont ces valeurs, ces intérêts et ces pratiques que nous suggérons d'analyser pour rechercher les « signes de construction » du sens démocratique dans la présente recherche. Dans une perspective constructiviste afin de comprendre la « construction » de l'espace démocratique nous avons retenu une méthode d'analyse de type qualitatif. Nous considérons la réalité sociale comme produite par l'ensemble des acteurs et des actrices en présence et nous suggérons de nous pencher sur cette « construction » collective de la démocratie en scrutant dans le cadre d'un événement circonscrit dans le temps et l'espace le processus d'élaboration de la « signification démocratique ».

Une méthodologie qualitative

Plusieurs méthodes peuvent contribuer à évaluer les pratiques sociales. Conscients de la place prépondérante des sujets, les chercheurs et chercheuses constructivistes ne rejettent pas pour autant les méthodes quantitatives plus souvent associées à l'approche empirique et positiviste. Le changement de paradigme a permis toutefois l'essor de nouvelles pratiques identifiées à la recherche qualitative. Récits de vie, recherche-action, groupe nominal, observation participante, étude de cas, analyse de contenu sont autant de pratiques resituant le Sujet porteur de significations au coeur de la méthodologie en recherche évaluative. Ces différentes méthodes préfèrent la quête du sens et la reconnaissance de la parole des sujets à la validité statistique et à l'échantillonnage représentatif d'une population.

Dans la présente recherche nous avons choisi d'étudier un événement particulier (étude de cas), soit le processus de réalisation du plan régional d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie, en procédant à l'analyse du contenu des divers documents produits dans le cadre de cet épisode afin de saisir les conditions d'élaboration et de mise en pratique de la demande démocratique dans le secteur de la santé mentale au Québec.

L'élaboration de la grille d'analyse, la cueillette et l'interprétation des données disponibles sont inspirées des travaux de Huberman et Miles:

« La plupart des tactiques étudiées ici répondent à deux objectifs: réduire la masse des données et y trouver des configurations. Regrouper, utiliser des métaphores, s'élever d'un cran dans l'abstraction sont autant d'exercices entraînant nécessairement l'apparition de configurations » (Huberman et Miles, 1991, p. 402).

À partir de l'ensemble des données disponibles et de la connaissance intime que la chercheure avait du déroulement des événements et de la gestion du processus de planification des services de santé mentale en Montérégie² nous avons «privilegié un schéma complexe qui a permis de relier au sein d'un même ensemble interactif des éléments qui sont souvent disjoints les uns des autres» (p.249) comme l'ont fait Corin, Bibeau *et al* (1987) dans une recherche, utilisant la méthode ethnographique. C'est par la reconstitution de « l'univers de signes, de sens et d'actions » des citoyens et des citoyennes, des usagers et des usagères, des intervenants et des intervenantes qui ont participé à cet événement que l'on peut le mieux comprendre le processus de « construction démocratique ».

C'est également en utilisant une perspective écosystémique et en s'inspirant de la théorie des systèmes que la modélisation du processus de participation démocratique a pris forme. Cette approche nous a permis d'accroître la cohérence du modèle et de comprendre les interactions entre les multiples dimensions de la construction démocratique.

² La chercheure a coordonné la réalisation et a rédigé le plan d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie en collaboration avec toutes les instances de participation.

Écosystémique des interactions sociales

Chacune des disciplines des sciences sociales pose un regard qui lui est propre sur les interactions humaines. Chacune d'entre elles concentre ses observations à l'un ou l'autre niveau des rapports humains: rapports interpersonnels, sociaux, politiques ou culturels. Chacune accorde ainsi une importance plus ou moins grande aux dimensions affectives, psychologiques, marchandes des interactions humaines ou aux modes de régulation sociale ou politique des organisations. Chacune des disciplines des sciences sociales a formulé un univers relativement cohérent de significations et de pratiques et chacune a reconstruit à sa manière la signification de l'Humanité et de son histoire.

Si chacun de ces univers de connaissances est relativement cohérent, l'intégration de ces différents regards disciplinaires soulève des défis importants. Assurer la cohérence de ces diverses perspectives, alors qu'elles se sont élaborées de manière plus ou moins parallèle, pose des défis épistémologiques et sémantiques importants.

La nécessité d'embrasser l'ensemble des phénomènes sociaux, politiques, économiques, psychologiques a incité certains auteurs à se pencher sur les liens entre les dimensions « micro » et les dimensions « macro » des interactions humaines. Parmi les différentes approches théoriques, le modèle écosystémique rend compte, de manière commode, de la complexité des interactions humaines et des regards qui tentent de comprendre ces interactions.

Il ne s'agit pas d'une métathéorie capable de circonscrire les sciences humaines et de rendre compte de manière cohérente de l'ensemble des dimensions psychosociales mais plutôt d'un modèle pratique qui situe l'individu au centre d'un ensemble de cercles concentriques, représentant les différents niveaux d'interactions sociales. Cette perspective a été popularisée par Bronfenbrenner (1979). On parle d'un micro-système pour représenter les relations immédiates et personnelles d'un individu, le méso-système représente les lieux habituels que l'individu fréquente: travail, école, loisirs, et cetera, l'endo-système est constitué des organisations et de leurs règles et le macro-système délimite l'univers des valeurs et de la culture.

Cette façon de modéliser les interactions humaines comme un ensemble de cercles concentriques au centre desquels se situe l'individu, a été utilisée par plusieurs auteurs. Hall, dans *La dimension cachée* en 1996, situait l'individu au centre de quatre cercles qui délimitent son espace intime, personnel, social et public. Laborit dans *La nouvelle grille* en 1974, suggérait ce type de modélisation pour représenter la complexité des

niveaux d'organisation du réel, en partant de la cellule jusqu'aux organisations humaines, c'est-à-dire du niveau biologique, en passant par le psychologique et le social jusqu'au politique.

Certains auteurs québécois se sont inspirés du modèle systémique en recherche évaluative dans le secteur de la santé mentale (Bibeau et al, 1988; Bouchard, 1987; Tremblay, 1989) afin d'intégrer et d'analyser les divers niveaux d'interactions sociales ou les divers regards théoriques dans le cadre de leur recherche. Jean-François Chanlat (1990) en a fait le cœur de son analyse *Vers une anthropologie de l'organisation* dans l'introduction du volume *L'individu dans l'organisation: les dimensions oubliées*.

Le modèle écosystémique n'est pas une théorie, mais il permet d'appréhender l'analyse des significations et des comportements humains dans toute leur complexité, en tenant compte de la diversité des regards et des théories. Il permet d'intégrer les dimensions spatiales, structurelles et temporelles des interactions humaines. Il substitue le complexe au linéaire, la simultanéité et la coexistence de relations multiples à une analyse de causalité linéaire.

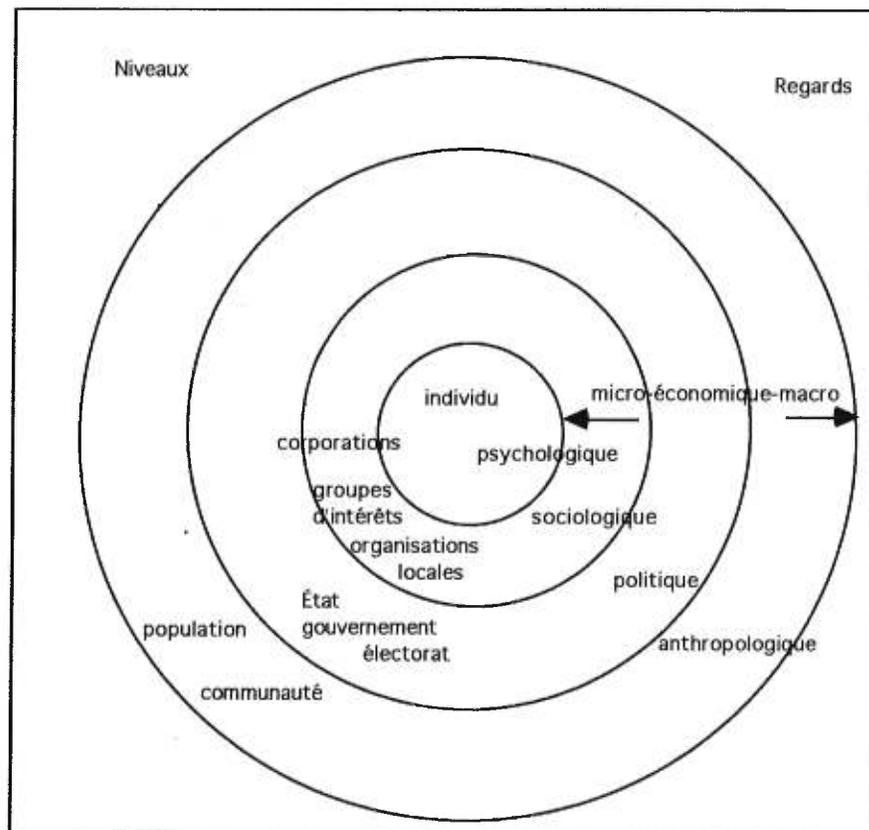
« L'opposition entre microsociologie et macrosociologie me semble vide de sens, elle ne représente qu'une version un peu plus concrète du dualisme qui oppose l'objectivisme et le subjectivisme. Il est préférable de conceptualiser autrement l'opposition entre la microsociologie et la macrosociologie, de le faire à partir de l'interrogation suivante: comment l'interaction qui a cours dans ces contextes de co-présence est-elle structurellement engagée dans des systèmes caractérisés par une grande distanciation spatio-temporelle? » (Giddens, 1987, p. 36)

Plutôt que d'opposer la microsociologie à la macrosociologie, le modèle écosystémique intègre les divers regards disciplinaires. On peut illustrer la superposition des regards théoriques en associant la psychologie au micro-système, la sociologie au méso-système, la science politique à l'endo-système et l'anthropologie au macro-système.

Le modèle écosystémique intègre en outre les dimensions spatiales et temporelles des interactions sociales. Les niveaux d'interactions s'ordonnent dans l'espace du plus près au plus lointain, du plus petit vers le plus grand. Ces interactions se déroulent également dans le temps puisqu'elles correspondent à des échanges et à la transmission de messages qui doivent franchir l'espace séparant les éléments entre eux et les niveaux les uns des autres. Ce modèle va nous aider dans le cadre de la présente recherche à préciser les dimensions, les conditions et les critères d'évaluation de la participation démocratique. Il permet de rendre compte de la complexité des interactions humaines et

d'identifier les «arêtes spatio-temporelles» (Giddens, 1987, p.37) de la construction démocratique. Le modèle écosystémique aide à visualiser la stratification, la hiérarchisation, la transmission, les zones d'influence et de pratiques des différents niveaux d'interactions sociales. 33

Figure 1: Le modèle écosystémique



L'attrait qu'exerce le modèle écosystémique s'inscrit bien dans la popularisation de la théorie des systèmes en sciences sociales et plus particulièrement en psychologie des communications. La théorie des systèmes permet d'illustrer et de modéliser des relations complexes. Elle définit un système comme un ensemble de sous-systèmes composés d'éléments en interaction les uns avec les autres. Des ajustements constants

s'opèrent entre les éléments au sein du système par un mécanisme de rétroaction³ (feed-back). La théorie des systèmes, empruntée à la physique des communications, constitue une représentation simplifiée et dynamique permettant d'identifier les composantes d'un système, leurs interactions et leur évolution dans le temps.

Le modèle systémique est utilisé en recherche évaluative dans le réseau sociosanitaire pour illustrer le processus de production des services. Les besoins de la population, les ressources humaines et matérielles sont considérées comme des intrants, que le système transforme pour produire des services, qui ont un effet sur l'état de santé de la population. Cet effet aura un impact sur la demande de services et occasionnera un réajustement du système. À ces différentes phases du processus de production des services sociosanitaires le ministère de la Santé et des Services sociaux a associé l'évaluation de la pertinence, de l'efficacité et de l'impact des services et des programmes dans son «cadre pour l'évaluation du système sociosanitaire» (Bergeron, Pierre, 1985, p. 35).

Les modèles écosystémique et systémique ont été retenus pour guider l'élaboration des conditions et des critères d'évaluation de la participation démocratique. D'abord le modèle écosystémique nous montre l'ensemble des interactions humaines qui se déroulent dans un espace constitué de structures s'emboîtant les unes dans les autres, correspondant à des organismes, des pratiques, des regards théoriques, ensuite le modèle systémique nous est utile pour étudier l'évolution de ces structures et l'impact des interactions sur chacun des éléments, et sur l'ensemble du système.

Limites de la méthode

Entre les pratiques et le discours s'élaborent la signification et les intentions qui doivent être appréhendées dans leur diversité et leurs contradictions. Tocqueville, (cité par Jacques, 1995) affirmait que la généralisation, comme la simplification, produites par les hommes qui cherchent la vérité, témoignent de l'impossibilité pour l'esprit humain de saisir toutes les subtilités de la réalité.

« Quelles que soient ses lumières, l'homme est condamné à ne juger des choses et des personnes que sur la base de quelques «fragments

3 Une rétroaction positive maintient ou accroît les chances de survie du système. Une rétroaction négative met en péril ce système. La conscience des effets positifs ou négatifs d'une intervention permet d'effectuer les ajustements nécessaires au maintien du système.

de la vérité». Tocqueville va plus loin encore dans ses brouillons, en affirmant que «les idées générales ne sont donc que des moyens à l'aide desquels les hommes s'avancent vers la vérité mais sans la découvrir. On peut même dire jusqu'à un certain point qu'en suivant cette voie ils s'en éloignent» (dans Jacques, 1995, p.30).

La démocratie s'inscrit dans la nécessaire coexistence de valeurs et de pratiques plus ou moins paradoxales, comme nous l'avons déjà mentionné, qu'il est dangereux de réduire à quelque modèle opératoire. L'importance et la complexité des enjeux concernant la pratique démocratique nous met en garde d'une part contre la simplification des données et d'autre part contre la généralisation des résultats d'une simple étude de cas. Malgré notre incapacité à comprendre toute la complexité de la réalité sociale, une vision plus claire du processus démocratique, tel qu'il s'élabore dans une situation particulière, peut aider à comprendre l'élaboration de la demande démocratique et les pratiques qui en découlent.

La présente recherche s'inscrit plutôt dans cette quête du sens démocratique, dans une tentative de reconstruire de manière cohérente « un univers de signes, de sens et d'actions » (Corin, Bibeau, Martin et Laplante, 1990). Conformément à une attitude constructiviste nous nous sommes limités à l'affirmation que la démocratie est une construction sociale dont on ne peut qu'observer l'évolution historique. C'est dans cet espace de significations que nous désirons situer cette recherche.

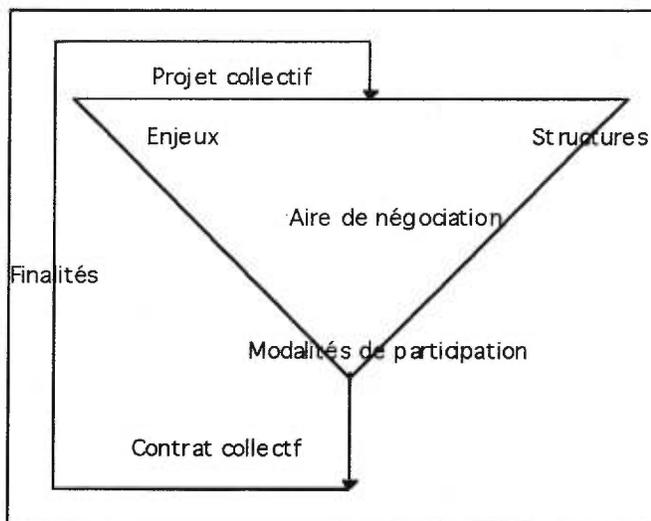
La démocratie évolue dans le temps et l'espace

La revue de littérature exposée précédemment a mis en lumière la diversité des conditions d'exercice de la démocratie. L'équilibre obtenu entre ces diverses conditions produira différents types de démocraties. Certains auteurs se sont plu à élaborer une typologie des États démocratiques selon que l'une ou l'autre de ces conditions domine (Touraine, 1994, Duhamel, 1993). La démocratie n'est pas univoque. L'élaboration d'un modèle théorique multidimensionnel permet d'étudier le processus démocratique dans toute sa complexité.

Dans le cadre de travaux de l'Organisation mondiale de la Santé, en 1986, Vuori suggérait « d'excellentes pistes pour dégager une problématique de la participation, à savoir: qui participe à quoi, comment et pourquoi? » (dans O'Neil 1991). C'est en nous inspirant de cette suggestion que nous retenons une définition de la participation, de type systémique, comportant quatre dimensions: soit les finalités, les enjeux, les structures, et les modalités de la participation.

Les enjeux incluent l'ensemble des pouvoirs détenus par le groupe. La délimitation de ces pouvoirs fera l'objet de négociations et ils seront alors inclus au contrat collectif. Les structures font référence aux institutions et aux personnes qui prennent part au processus de décision. Les modalités de participation concernent le type d'interactions entre les participants et les participantes qui leur permettent de prendre collectivement les décisions inhérentes au contrat collectif. Les finalités de la participation correspondent aux intentions qui sont d'abord énoncées dans un projet de société, qui se transformeront en enjeux du pouvoir collectif et feront ensuite l'objet de négociations au sein des structures mises en place et qui seront finalement sanctionnés par le contrat collectif. Les finalités du projet collectif évoluent dans le temps et l'espace et les résultats du processus de participation auront un impact sur les intentions et sur le projet collectif (rétroaction). Ce modèle systémique de la participation démocratique est présenté à la figure 2.

Figure 2 Les dimensions de la participation



À partir de ce modèle, afin de refléter la complexité de l'exercice démocratique, nous avons retenu quatre conditions de la participation démocratique. La démocratie est un processus fondé sur une éthique de la **civilité**, par lequel une population **souveraine**, autorise les personnes **légitimes**, à négocier **collégialement** le contrat collectif.

La civilité correspond aux finalités du processus démocratique, la souveraineté correspond aux enjeux du pouvoir collectif, la légitimité concerne les structures de participation, quant à la collégialité elle s'applique aux modalités de négociation des enjeux en présence.

La demande démocratique s'inscrit dans une éthique de la **civilité**. Le maintien de la demande démocratique, de l'intention démocratique est une condition de survie de la pratique démocratique. Le désir de vivre ensemble harmonieusement est le berceau de la pratique démocratique. L'éthique de la civilité contribue à maintenir la demande démocratique, à valoriser la citoyenneté, fondée sur la conscience d'une humanité partagée, ainsi qu'à promouvoir la souveraineté, la légitimité et la collégialité de la pratique démocratique.

La seconde condition précise ensuite que la population est souveraine. Les membres disposent des pouvoirs nécessaires pour s'autodéterminer, définir leur identité collective, se structurer, s'associer, se doter de lois, de règlements, d'objectifs. Nous référons à cette condition par le terme de **souveraineté**. La souveraineté du peuple est une condition essentielle à la démocratie, inscrite dans la définition telle que généralement entendue et fidèlement reflétée par le *Petit Larousse*,

« Démocratie: régime politique dans lequel le peuple exerce sa souveraineté lui-même, sans l'intermédiaire d'un organe représentatif (démocratie directe) ou par représentants interposés (démocratie représentative) » (Petit Larousse illustré, 1990).

Les structures de régulation du contrat collectif sont **légitimes**. Les institutions et les personnes qui négocient le contrat collectif représentent et défendent tous les membres de la collectivité ainsi que la diversité de leurs intérêts. Leur pouvoir est reconnu par tous ceux et celles qu'ils représentent et auxquels ils doivent rendre des comptes. Parce que tout le monde ne peut participer à tout, tout le temps (Andrée Fortin, 1991), il y a toujours une forme de structuration des négociations et de représentation des intérêts de la population.

Finalement, tous les membres de la collectivité, et les personnes qui les représentent, disposent d'un pouvoir égal de négocier le contrat du groupe. La démocratie se fonde sur la reconnaissance de l'égalité des droits, devoirs et responsabilités de tous les individus faisant partie d'une collectivité. Le pouvoir doit être réparti également entre tous les citoyens et les citoyennes et ce pouvoir doit être exercé collégialement. Nous référons à cette condition par le terme de **collégialité**. C'est une condition fondée sur le principe de l'équité et de l'égalité avec laquelle le discours démocratique est également familier.

Un processus qui évolue dans le temps

La démocratie est un processus qui se déroule dans le temps. Les conditions énoncées précédemment correspondent non seulement aux dimensions de la participation mais également aux différentes phases de la construction démocratique.

Tout groupe franchit des étapes au cours de son existence. La durée de vie du groupe, ses dimensions, ses objectifs vont influencer le processus d'institutionnalisation de ce groupe. Tout au long de son existence le groupe se dotera de pouvoirs, de structures et de modalités de fonctionnement en fonction de ses objectifs et de ses besoins. Selon les finalités du groupe, sa taille, la complexité des tâches à accomplir, les lignes d'autorité

et de communication, ces règles, structures et modalités de fonctionnement seront exprimées plus ou moins formellement. 39

Comme pour tout autre type d'organisation sociale, la démocratie est une construction historique. Elle émerge d'intentions collectives, elle se constitue, s'institue, délibère et génère des conventions et des pratiques plus ou moins satisfaisantes par rapport à ces intentions. La participation démocratique est mouvance et s'inscrit dans l'histoire. Aux différentes conditions de la participation démocratique correspondent des phases de l'évolution de la construction démocratique.

Au cours de la première phase, soit la phase d'affiliation la demande démocratique est énoncée. Ce sont par des valeurs partagées, la conscience du besoin d'affiliation, la perception et l'énonciation d'une identité commune que la collectivité émerge de l'anarchie et accède à la civilité. La demande démocratique se fonde sur une éthique de la civilité, c'est-à-dire sur le désir de vivre ensemble, sur un besoin de partager certaines valeurs, codes et significations et sur une demande de régulation de la vie en groupe. Elle procède à la fois d'un besoin de respect des différences et d'un besoin d'uniformité et d'identité.

La seconde phase, constitutionnelle, délimite l'aire de négociation, précise les enjeux qui font l'objet du contrat collectif et détermine les pouvoirs détenus par la collectivité, considérés comme publics. Cette phase requiert que le groupe soit souverain, les membres n'acceptent aucune autorité extérieure sur ses membres, dans l'aire de négociation collective.

La phase institutionnelle constitue la troisième phase. Afin d'exercer les devoirs et responsabilités prévus au contrat collectif, et afin de poursuivre la négociation permanente de ce même contrat, une collectivité démocratique doit se doter d'institutions qui sont reconnues comme légitimes et elle doit identifier les personnes qui représenteront les intérêts de la population au cours du processus de négociation.

La quatrième et dernière phase du processus de participation démocratique, soit la délibération, consiste pour les personnes au sein d'instances légitimes, à négocier collégalement les enjeux en présence et à contribuer « également » aux décisions afférentes au contrat collectif. Tous les membres de la collectivité détiennent les mêmes atouts et le même pouvoir.

Quatre niveaux d'interaction

La construction démocratique ne s'élabore pas que dans le temps, elle s'articule également dans l'espace. Le processus démocratique érige des frontières - que Giddens (1987) appellerait peut-être des arêtes spatio-temporelles fondées sur la routinisation de pratiques collectives - et précise des modalités d'interaction entre les éléments d'un ensemble de systèmes. En fait le processus démocratique est un processus de systématisation, d'organisation de frontières spatio-temporelles, de formalisation de pratiques collectives.

On considère donc la démocratie comme un processus qui se déroule dans le temps et l'espace et dont les conditions sont en perpétuelle mutation. L'évolution de chacune de ces conditions a un impact sur l'ensemble de l'organisation démocratique et les diverses conditions interagissent les unes avec les autres. Elles s'insèrent dans le processus démocratique, en sont à la fois la cause et l'effet. Ainsi les formes apparentes de la démocratie évoluent au fil de l'histoire d'une collectivité ou d'une nation. Comme Giddens nous adhérons à «l'idée de *dualité du structurel*, selon laquelle les propriétés structurelles des systèmes sociaux sont à la fois des conditions et des résultats des activités accomplies par les agents qui font partie de ces systèmes» (Giddens, 1987, p.15).

Conformément à la perspective écosystémique présentée plus haut (voir figure 1) quatre niveaux d'interaction ont été retenus, correspondant chacun à l'une des phases de la construction démocratique et identifiant une strate de l'organisation sociale soit:

- la population qui énonce le projet collectif, pour la phase d'affiliation,
- l'État auquel participent les citoyens, les citoyennes et leurs élus, pour la phase de la constitution,
- les institutions qui assumeront des fonctions spécialisées et médieront les intérêts divers, pour la phase d'institution,
- finalement le dernier niveau d'interaction concerne les relations interpersonnelles, caractérisée par le face-à-face dans la phase de délibération.

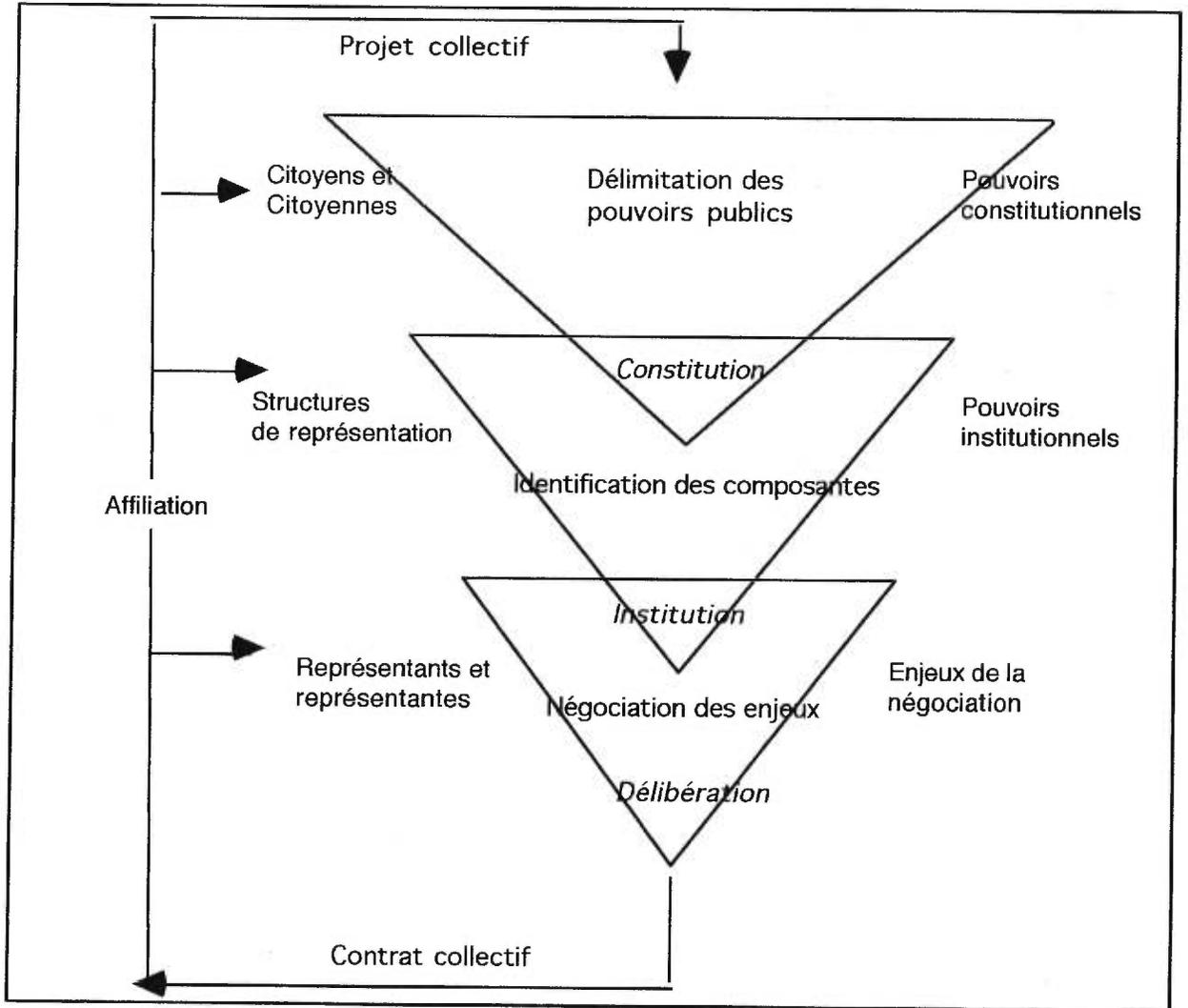
Le processus démocratique qui énonce d'abord les fondements de l'affiliation va produire une constitution, des institutions, des modalités de participation et finalement un ensemble de significations et de pratiques relatives à la volonté de vivre ensemble. Chaque étape franchie délimite des arêtes spatio-temporelles, laisse des traces, qui guident les diverses transactions du groupe et codifient ces transactions entre les différents niveaux d'organisation collective.

Nous avons donc identifié des dimensions, des conditions, des phases et des niveaux d'interaction correspondant les uns aux autres dans le processus de construction démocratique. L'ensemble de ces éléments est présenté au tableau I.

Nous avons fait correspondre ces éléments entre eux dans le cadre d'une grille d'analyse, de manière plutôt commode pour les fins de la présente recherche afin de faciliter l'analyse et l'interprétation des données. Nous croyons cependant qu'à chacune des étapes de la construction démocratique l'ensemble des conditions et des dimensions de la participation démocratique coexistent dans le temps et l'espace.

Chacune des phases de la construction démocratique met en oeuvre des finalités, des enjeux, des structures et des modalités de participation, afin de produire les résultats attendus à chaque étape. Chacune des phases du processus démocratique met en présence des catégories d'acteurs, exerçant des pouvoirs spécifiques selon des modalités particulières à cette phase. La figure 3 illustre comment les phases du processus de participation démocratique se succèdent et comment chacune de ces phases intègre les dimensions du processus de participation.

Figure 3: Le modèle de la participation démocratique



La grille d'analyse de la participation démocratique

Donc la démocratie est un processus de négociation d'un contrat collectif, qui s'exerce dans une aire d'autonomie (impliquant des pouvoirs collectifs), régulée légitimement (par des institutions exerçant ces pouvoirs) selon un processus de prise de décision (un mode de délibération) collégial. Ce processus repose sur une intention démocratique, sur un projet collectif et toute décision (formulation ou reformulation du contrat collectif, qui peut modifier l'équilibre entre ces trois premières conditions) doit contribuer à maintenir ou améliorer ces conditions et à soutenir la demande démocratique (en matière d'autonomie, de structures, de modalités de participation).

En fait il s'agit d'un cycle de négociation qui reformule sans cesse le contrat collectif, au fur et à mesure qu'émergent de nouveaux intérêts, de nouveaux besoins, de nouveaux conflits, de nouvelles valeurs qui remettent en question le consensus obtenu. Ce contrat sera l'expression temporaire de la demande démocratique, qu'il tente d'incarner par des conventions et des pratiques publiques.

Non seulement le processus en lui-même doit être démocratique, mais les effets de ce processus, soit les effets formels tels que stipulés dans le contrat, ou les résultats informels modulant les interactions entre les membres, doivent préserver ou accroître les qualités démocratiques de l'alliance collective. Le contrat émergeant du processus démocratique de négociation doit donc préserver ou accroître la souveraineté, la légitimité et la collégialité du processus de participation et maintenir la demande démocratique de civilité.

Les chapitres suivants présentent les fondements théoriques et conceptuels de la grille d'analyse de la participation démocratique (voir tableau 1). Nous allons clarifier, pour chacune des phases de la construction démocratique les principaux concepts associés à chacune des conditions de la participation démocratique.

Tableau 1: La grille d'analyse de la participation démocratique

Conditions	Dimensions	Phases	Niveaux d'interactions
Civilité	Finalités	Affiliation	Population
Souveraineté	Enjeux	Constitution	État
Légitimité	Structures	Institution	Secteurs d'intérêt spécialisés
Collégialité	Modalités de participation	Délibération	Individu

Afin d'évaluer un événement à l'aune des conditions de la participation démocratique nous devons disposer de critères pour en apprécier le degré de réalisation et d'opérationnalisation. Ces critères ont été retenus parce qu'ils nous semblent bien refléter la signification des conditions de la participation démocratique.

Pour chacun de ces critères, nous avons élaboré une typologie qui nous permet d'analyser la qualité de la participation démocratique.

« Toute typologie, pour être valable, doit être élaborée en fonction d'une perspective analytique déterminée. Il n'existe pas selon nous, de typologies dans l'abstrait, préexistantes au réel qui révéleraient l'essence ou encore la vraie nature des choses. La typologie, comme tout découpage, répond aux impératifs d'observation fixés par l'analyste » (Bélanger et Lemieux, 1996, p.244).

Quatre typologies, ou quatre échelles, soit une pour chacune des conditions, ont donc été conçues en conformité avec le modèle théorique précédemment exposé. Elles servent à rechercher des significations plutôt qu'à « mesurer » la participation démocratique. Elles permettent d'analyser les contenus des divers documents disponibles, de classer l'information et d'évaluer la qualité de la participation démocratique pour chacun des critères retenus.

Pour réaliser cette opération nous nous sommes inspirée de différents chercheurs qui ont soit défini, soit tenté d'évaluer et de mesurer certains aspects de la participation démocratique. Anthropologues, éthiciens, politologues, sociologues, administrateurs publics, psychologues sociaux se sont penchés sur la participation démocratique et en ont brossé une image propre à leur discipline. C'est en tentant de concilier ces différentes perspectives que nous avons élaboré une grille d'analyse et d'évaluation de la participation démocratique. 45

Chacune des perspectives et chacune des disciplines s'intéresse plus particulièrement à l'une ou l'autre des dimensions de la participation démocratique. Les anthropologues et éthiciens en analysent les fondements culturels et éthiques, les politologues se penchent sur la constitution et l'organisation des pouvoirs de l'État, les sociologues sont concernés par la structuration des institutions et des groupes d'acteurs sociaux, les psychosociologues par les interactions interpersonnelles, par les modalités de communication et les motivations individuelles. Pour tenir compte de la complexité de la participation démocratique c'est en nous inspirant de l'ensemble de ces langages que nous avons tenté d'analyser le processus de participation démocratique, d'en dégager les signes de construction et d'élaborer une typologie pour chacun des critères retenus.

La conciliation des différents langages plus que la conciliation des perspectives théoriques a constitué une embûche importante à la rédaction de ces chapitres. Comme la pratique démocratique est d'abord et avant tout une question d'ordre politique, la perspective théorique et sémantique qui a été privilégiée est celle de la science politique lorsqu'un choix s'imposait. Cette option a permis de conserver l'unité et la cohérence du langage entre les diverses parties du texte, malgré la pluralité des modèles analytiques.

Affiliation, civilité et cohésion

L'affiliation est la première phase de la construction démocratique. Cette construction émerge d'une identité partagée, d'une certaine conception de la citoyenneté et des exigences que comportent cette appartenance commune et consentie. C'est cette conscience de l'interdépendance et des responsabilités à assumer collectivement qui fonde la demande d'intervention de l'État. Une demande d'État démocratique repose sur une éthique de la civilité qui assure à la collectivité une plus ou moins grande cohésion, selon l'idéologie retenue.

Comme nous l'avons déjà mentionné le projet démocratique qui naît de la culture, repose sur certaines valeurs et se déploie dans l'appareil d'État, est négocié sur la frontière entre le social et le public. Il doit résoudre les tensions entre le privé et le public, les intérêts individuels et collectifs et assurer la cohésion sociale.

Identité partagée et civilité: aux frontières de l'État

Le processus d'affiliation est celui par lequel hommes et femmes sont intégrés et adhèrent à une culture ou à un groupe particulier. L'appartenance à un groupe est marquée par la construction d'une identité partagée. Quels que soit les critères d'appartenance à un groupe, race, ethnie, religion ou encore territoire, le processus d'affiliation exige la définition d'une identité partagée. Cette notion d'identité collective, dans le cadre des démocraties contemporaines est fondée sur un critère universel s'exprimant par la notion de citoyenneté étroitement associé au concept d'État (Schnapper, 1994) ⁴.

L'existence et la survie d'une communauté reposent sur l'élaboration d'un projet collectif, sur l'énonciation, la clarification des significations partagées par les membres d'un groupe. Le partage de ces significations contribue à l'élaboration de l'identité commune. C'est dans l'univers de la culture, des valeurs et des normes qu'hommes et

⁴ Les nations contemporaines reposent sur cette notion de citoyenneté. Si le principe de la citoyenneté semble l'objet d'un vaste consensus, la définition des critères d'affiliation qui justifient la reconnaissance d'une nation et des droits des citoyens et citoyennes qui la composent suscite davantage de débats. (Schnapper, 1994, *La communauté des citoyens*)

femmes, au sein des diverses communautés humaines, cherchent à donner un sens à leur vie, à construire la signification de leur existence individuelle et collective. Avant de s'inscrire dans un contrat collectif et d'être régulée par l'État, la démocratie émerge du désir de vivre ensemble harmonieusement. Elle s'inscrit, s'élabore, se négocie et se renégocie en fonction des valeurs et de la signification accordée à la vie collective. Elle repose sur le désir autant que sur la valeur et la signification accordées à la civilité.

La demande démocratique émerge d'une culture particulière. Elle est issue d'un besoin d'agrégation, de coopération, d'une incitation à la mobilisation, à l'engagement, à la solidarité et à la coopération. Elle se fonde sur la croyance d'une part que tous les êtres humains sont égaux, mais également sur la conviction que là où un seul échoue, plusieurs peuvent réussir: elle valorise la cohésion et la solidarité. Elle est le fruit de cette conscience de l'efficacité de l'action collective pour améliorer le sort de l'humanité et elle valorise en même temps la liberté des individus et reconnaît le droit de chaque être humain d'améliorer ses conditions de vie et son existence.

Jacquard (1997) exprime ainsi cette interpénétration entre la demande d'État qui évolue avec la conscience qu'ont les individus de leur identité personnelle et collective:

La loi permet à l'ensemble des individus de constituer une structure organisée qui, en tant que structure, dispose de pouvoirs que ne possède aucun de ses éléments. Simultanément deux causalités sont à l'oeuvre:

- par les liens qu'ils créent entre eux, les individus créent une communauté plus complexe que chacun d'eux, donc riche de potentiels qu'aucun d'eux ne possède;

- cette structure fait émerger en chaque individu la conscience d'être, le besoin de devenir, l'obligation d'orienter l'aventure collective.

Les individus font de la collectivité un peuple; la collectivité fait de chaque individu une personne. C'est là la meilleure démonstration de la capacité d'autoconstruction des structures intégrées.

La démocratie réalise cette autoconstruction par l'instauration de réseaux auxquels tous les individus sont conviés. ...(Jacquard, 133-134)

Par la civilité fondée sur la conscience d'une humanité partagée la démocratie tente de réguler harmonieusement la coexistence des individus habitant la Cité humaine. Le grégarisme est une nécessité de la condition humaine. C'est par la civilité que cette nécessité se transforme en projet collectif consenti, et que la horde devient État pour paraphraser Enriquez (1988). Le projet d'un État qui contribue à l'émancipation des hommes et des femmes par la civilité s'appelle démocratie et doit résoudre le conflit qui

fonde la civilité démocratique entre libertés individuelles et bien public, et qui délimite la frontière entre la société civile et l'État. 48

C'est pour exprimer ces tensions entre la société civile et l'État, entre la conscience de l'identité individuelle et la conscience d'une identité collective, entre la volonté d'émancipation de chacun et le désir de cohésion du groupe que nous avons retenu la notion de civilité pour caractériser l'éthique démocratique. Comme Donzelot et Lamoureux nous associons ce concept aux notions de « citoyenneté » et « d'urbanité démocratique » étroitement liées à la demande d'État.

« La réflexion ainsi engagée sur les formes récentes d'interpénétration de l'État et de la société débouche sur ce que Donzelot nomme « l'urbanité démocratique » cette forme de lien social permettant de réaliser les deux exigences de base de la « civilité ». Il s'agit, d'une part, de la prise en compte du-de la citoyen-ne situé-e et non de la personne abstraite et, d'autre part, de la nécessité d'amener les protagonistes à se reconnaître mutuellement dans leurs différences, leurs adversités comme dans leurs synallagmatismes, leurs complémentarités, leurs réciprocitys » (Lamoureux, 1994, p.64).

Pour Touraine (1994) il est clair que la démocratie s'élabore dans l'espace social, ses fondements résident dans la culture. C'est dans cet espace que se construit la demande démocratique et la légitimité de l'État. La démocratie s'élabore sur la frontière entre le projet collectif et la constitution de l'État. Le véritable rôle de l'État démocratique c'est de participer à l'émancipation des êtres humains, de libérer chacun des contraintes et vicissitudes de la vie, de lui permettre de définir sa propre identité tout en lui permettant d'apporter librement sa contribution à la Cité humaine.

« Nous ne voulons plus d'une démocratie de participation; nous ne pouvons pas nous contenter d'une démocratie de délibération; nous avons besoin d'une démocratie de libération. [...] Le pouvoir du peuple signifie la capacité pour le plus grand nombre de vivre librement, c'est-à-dire de construire leur vie individuelle en associant ce que l'on est et ce que l'on veut être, en résistant au pouvoir au nom à la fois de la liberté et de la fidélité à un héritage culturel » (Touraine, 1994, p.21, 25).

« C'est avec les temps modernes que s'insinue l'idée, tout à fait novatrice, d'intervenir systématiquement dans le fonctionnement de la société. » (Bélangier et Lemieux, 1996, p.120). On peut rapprocher cette « idée » de ce que Touraine appelle la lutte pour le contrôle de l'historicité, qui semble caractéristique des nouveaux mouvements sociaux et des nouvelles formes de production de la société moderne (1987). Cette lutte vise à

s'approprier la signification des organisations humaines et tente ainsi d'en contrôler la destinée. 49

L'interpénétration et la tension entre culture et institutions, société et État, libertés individuelles et bien public alimente la négociation sur les fondements éthiques de la démocratie.

« Il y a comme nous venons de le signaler, interpénétration, imbrication, interdépendance. Il y a surtout, comme nous l'illustrerons plus bas, tension constante, reformulation, interaction, transaction. En système démocratique se pose toujours la question de la porosité des frontières entre le politique et le non-politique » (Lamoureux, 1994, p. 40).

Pour comprendre la démocratie, en saisir les fondements éthiques

L'éthique démocratique demeure inaliénable et irréductible à l'État. Bien que fondatrice de l'État démocratique elle habite un espace qui ne peut lui être entièrement soumis. C'est ce qu'exprime Godbout dans « l'Esprit du don ». La société se constitue d'un ensemble d'interactions qui dépassent le contrat social pris en charge par l'État. La société n'est pas réductible à l'échange marchand, la démocratie n'est pas réductible à l'État.

« Bien plutôt faut-il concevoir le don comme formant système, et ce système n'est rien d'autre que le système social en tant que tel. Le don constitue le système des relations proprement sociales en tant que celles-ci sont irréductibles aux relations d'intérêt économique ou de pouvoir » (Godbout, 1992, p.23).

La démocratie et ses pratiques sont indissociables de l'élaboration du discours éthique et de la conscience de vivre ensemble. La conscience des valeurs fondatrices de la démocratie, le processus d'élaboration de la demande démocratique font partie intégrante de la construction démocratique. « Ce que les être humains connaissent des conditions de reproduction sociale, ou ce qu'ils en croient, fait partie intégrante de cette reproduction. » (Giddens, 1987, p. 19).

Le discours démocratique et ses valeurs subissent eux-mêmes l'effet de l'expérience démocratique. Les valeurs fondatrices qui justifient la participation démocratique évoluent avec le temps ainsi que la compréhension que les citoyens et les citoyennes ont de leurs droits, devoirs et responsabilités individuels et collectifs.

«L'éthique c'est l'art de vivre ensemble», (Fortin, 1997), elle se construit dans le rapport à l'autre. L'éthique démocratique s'inscrit entre la liberté individuelle et la responsabilité collective. 50

« L'éthique est la dynamique par laquelle les personnes et les sociétés apprennent à conjuguer la réalité du quotidien avec les valeurs qui fondent la dignité humaine » (Henri Lamoureux 1996, p.25).

La démocratie repose sur un ensemble de valeurs partagées, se fonde sur une compréhension particulière de l'altérité et des rapports humains. Les valeurs fondatrices de la démocratie sont la liberté, la solidarité, la justice et l'égalité. La démocratie constate l'interdépendance de sujets responsables, solidaires et libres. Elle doit concilier libertés individuelles et responsabilités collectives.

« Expression de la liberté, l'éthique porte aussi une exigence de responsabilité personnelle.[...] Ce que j'affirme c'est que nulle éthique collective ne peut s'imposer contre celles des individus. En dernière instance, il appartient à l'individu de trancher, de choisir. Et c'est précisément cette trajectoire éthique que proposent les diverses formes d'engagement sociale et communautaire: une éthique de sujets, fondée sur l'engagement librement consenti de personnes qui comprennent à des degrés divers que l'humanité de l'un est réductible à celle qui est reconnue aux autres »(Henri Lamoureux, 1996, p. 26).

L'analyse de la participation démocratique se doit de rechercher les valeurs fondatrices du projet collectif, ces valeurs s'expriment plus particulièrement dans le débat mené sur la définition du sens des rapports que les citoyens et les citoyennes entretiennent les uns avec les autres. En quoi, pourquoi et jusqu'où sommes-nous responsables les uns des autres?

Idéologies démocratiques et cohésion sociale

Les diverses modalités d'organisation démocratique reposent sur des configurations particulières de valeurs, sur des discours éthiques érigés en systèmes. Entre le respect des libertés individuelles et du bien collectif qui limite ces libertés, diverses idéologies ont présidé à la structuration des communautés humaines.

«L'idéologie correspond à un projet collectif de société. C'est un ensemble de signes et de symboles destiné à légitimer un certain ordre sociale.» (Bélanger et Lemieux, 1996, p.120). Historiquement le libéralisme, le fascisme, le communisme et la social-démocratie ont façonné à tour de rôle les États contemporains. Si ces diverses

idéologies ont mobilisé les peuples à tour de rôle elles ne sont pas toutes également garantes d'un fonctionnement démocratique. 51

Bien qu'il soit d'usage courant de classer les différentes idéologies entre la gauche et la droite, nous avons choisi de classer les idéologies démocratiques en fonction du degré de cohésion souhaitée, consentie ou imposée à chacun des individus appartenant à une même collectivité. Parce que " la relation de type démocratique contient le maximum de relation d'appartenance communautaire que puisse supporter l'existence de deux agents autonomes." (Godbout, 1987. p. 51) nous croyons que le critère de la cohésion permet de classer les différents types d'idéologies qui valorisent différemment la participation démocratique.

Pour les fins de la présente recherche nous avons retenu quatre types d'idéologies démocratiques qui reflètent divers degrés de cohésion sociale. Ces quatre types sont les suivants: l'anarchie qui valorise les libertés individuelles et rejette toute forme d'autorité, le libéralisme qui reconnaît à L'État la responsabilité de protéger les libertés individuelles, le corporatisme qui agrège les intérêts en fonction de corporations spécialisées et valorise la raison, l'expertise et le savoir pour résoudre les conflits entre les groupes et protéger le bien public et finalement la social-démocratie qui valorise la solidarité, tente de corriger les inégalités entre les individus et désire répartir le pouvoir également entre tous les citoyens et tous les citoyennes ainsi que les ressources et la richesse collective.

À une extrémité, l'anarchie est l'idéologie prônant le degré de cohésion le plus faible et à l'autre extrémité la social-démocratie prône un degré de cohésion le plus élevé pour assurer le bien public. La social-démocratie demande un État plus fort.

L'anarchie qui rejette toute forme d'autorité et d'oppression est l'idéologie qui assure une cohésion minimale, alors que la social-démocratie en assujettissant chaque citoyen et citoyenne à l'ordre et au bien public est la forme de démocratie qui requiert une cohésion sociale maximale.

Pour Jacquard, l'anarchie serait la forme idéale de société, à condition que chacun s'engage librement envers la collectivité et le bien commun. Ce serait la forme la plus achevée d'organisation humaine: il n'y a dans l'anarchie aucune autorité, aucune oppression. L'anarchie rejette toute forme d'autorité fut -ce celle de l'État.

« Il suffirait, pour qu'elle soit réalisable, que tous les hommes soient honnêtes et généreux. C'est-à-dire qu'ils assument leur

humanité. Alors les échanges qui permettent à chacun de se construire au contact des autres se mettraient en place tout naturellement, sans conflit. L'humanité est encore bien jeune, elle n'a que quelques centaines de milliers d'années et vit actuellement une période de puberté. Nos sociétés basées sur la violence et la compétition ne seront pas éternelles; elles feront peut-être place un jour à des sociétés basées sur le respect »(Jacquard, p.135).

La social-démocratie quant à elle est fondée sur l'éthique de la solidarité qui exprime la conscience d'être interdépendants, d'avoir besoin les uns des autres. Le bien-être des individus est assujetti au bien commun.

« Les régimes socio-démocrates non seulement font de l'État un outil de régulation économique, mais en outre ils le considèrent comme le moteur de la transformation sociale. Ils ne se limitent pas à favoriser la reproduction élargie du capital, ils veulent en dernière instance institutionnaliser la démocratie dans l'entreprise et dans l'ensemble des rapports sociaux. Le projet social-démocrate ne consiste pas uniquement à effectuer une redistribution plus équitable des richesses par la socialisation des revenus, ils visent en plus la socialisation des pouvoirs » (Monière, p. 74).

Entre la social-démocratie et l'anarchie, le libéralisme et le corporatisme fondent la demande d'intervention de l'État sur les droits et les pouvoirs des individus pour le libéralisme et sur le regroupements de leurs intérêts au sein de divers groupes pour le corporatisme.

Le corporatisme tient compte de la diversité des enjeux et des intérêts, qui devront être arbitrés, et tente d'équilibrer les droits, devoirs et responsabilités qui seront partagés entre différents groupes. Le corporatisme reconnaît la réalité des divergences et des conflits qu'il tente d'arbitrer en introduisant la raison, les règles et les normes auxquelles tous et toutes conviennent d'adhérer parce qu'elles sont fondées sur une certaine «vérité» scientifique ou administrative. Le corporatisme valorise le mérite individuel, la compétence, l'efficacité et tente de réguler les conflits par la raison. Dans ce cas pour Saul (1997) qui dénonce cette forme que peut prendre la démocratie

« les décisions graves et importantes ne sont pas prises après une discussion ou une participation démocratique, mais après des négociations entre les groupes concernés, appuyées sur la compétence, l'intérêt et la capacité à exercer le pouvoir » (p.41).

Quant au libéralisme il reconnaît à chaque individu les mêmes compétences en tant que citoyen et citoyenne sans aucune discrimination. Chacun d'eux bénéficie des mêmes droits, devoirs et responsabilités. Tous et toutes sont engagés et participent à part égale à la vie collective et à l'énonciation du contrat social en vertu du principe d'égalité.

« À l'instar de toute idéologie, le libéralisme est historiquement situé. Il vient, dans le temps, consacrer la légitimité de l'individu posée plus tôt par la Renaissance et la Réforme. La Renaissance marque déjà l'émergence de l'individualité comme valeur première. [...] Le libéralisme fonde son discours sur la valeur absolue de l'individu qui constitue une fin en soi, [...] La personne humaine devient à la fois la référence première et ultime » (Bélanger, Lemieux, 1996, p.122).

Bien que pour les fins de la présente démonstration nous ayons retenu quatre types d'idéologies démocratiques que nous avons situées les unes par rapport aux autres en fonction du degré de cohésion qu'elles cherchent à établir entre le groupe et ses membres, il existe entre l'anarchie et le libéralisme une grande variété de modèles d'idéologies et de constellations de valeurs fondatrices d'une demande d'État démocratique. Les formes qu'adoptera un projet démocratique dépend de la manière dont il résout les tensions entre bien public et libertés individuelles; la résolution de ces tensions caractérise la demande d'État et s'inscrit au cœur des négociations sur le projet démocratique.

« L'esprit démocratique repose sur cette conscience de l'interdépendance de l'unité et de la diversité et il se nourrit d'un débat permanent sur la frontière, constamment mobile, qui sépare l'une de l'autre et sur les meilleurs moyens de renforcer leur association » (Touraine, 1996, p. 29).

Constitution, souveraineté et autonomie

La phase constitutionnelle est la seconde phase que nous avons retenue dans le modèle de la construction démocratique présenté plus tôt. C'est au moment de la constitution que sont précisés les pouvoirs, devoirs et responsabilités dont dispose un État. La constitution détermine les rapports entre les citoyens, les citoyennes et l'État en identifiant la zone du contrat collectif, en séparant ce qui est reconnu comme public et sera gouverné de ce qui demeure privé, donc non aliéné par le contrat collectif. La constitution délimite le territoire public et l'aire de négociation collective.

« L'État est une personne morale, c'est-à-dire une abstraction au nom de laquelle s'exerce une autorité souveraine [...] C'est en son nom que les représentants établissent des règles, c'est-à-dire des lois, des décrets ou des jugements. Autrefois, l'autorité était personnifiée, elle s'incarnait dans le roi ou l'empereur. Et c'est afin de dissocier l'autorité de son titulaire qu'on a eu recours à cet artifice juridique. Les gouvernants passent, mais l'État demeure » (Bélanger et Lemieux, 1996, p. 147).

La souveraineté du peuple est une condition essentielle à la démocratie. Dans un État démocratique les pouvoirs collectifs et leur légitimité proviennent des citoyens et des citoyennes de cet État, cependant le pouvoir ne peut être exercé démocratiquement que lorsque le groupe est autonome par rapport à son environnement. La notion de souveraineté exprime cette double signification de la construction de l'espace démocratique: autorité interne et autonomie externe.

« Souveraineté: autorité suprême. Pouvoir suprême reconnu à l'État, qui implique l'exclusivité de sa compétence sur le territoire national et son indépendance dans l'ordre international où il n'est limité que par ses propres engagements. Principe du droit français selon lequel la souveraineté, jadis exercée par le roi, l'est aujourd'hui par l'ensemble des citoyens » (Petit Larousse illustré, 1990).

Dans un système démocratique, les relations de pouvoir sont minimales avec les systèmes environnants ⁵ et sont maximales entre le système démocratique et ses sous-systèmes. C'est-à-dire qu'un système démocratique est autonome par rapport à son environnement et qu'il exerce une autorité souveraine sur les citoyens et les citoyennes qui en font partie, dans la zone des pouvoirs qui ont été reconnus constitutionnellement comme publics.

L'étude de la phase constitutionnelle repose sur l'analyse des pouvoirs publics disponibles, sur l'étude des modalités d'exercice de ces pouvoirs qui seront assumés de manière plus ou moins centralisée, marquant ainsi une relation plus ou moins autoritaire entre chacun des citoyens et des citoyennes et l'appareil de gouverne, et finalement sur l'évaluation de l'autonomie dont dispose un gouvernement par rapport à l'environnement externe.

Citoyenneté et politique

La phase constitutionnelle est dominée par la définition du territoire politique du groupe. Cette construction politique reconnaît l'autorité du groupe sur ses membres et des membres sur le collectif dans l'aire constituée en politique, c'est-à-dire reconnue comme publique et requérant des modalités de régulation et l'institution d'un système de gouverne.

« Toute constitution, surtout écrite, se porte à la défense d'un projet collectif, elle dérive d'une idéologie. Elle prononce comme légitime, à un moment donné, un certain type de rapports entre gouvernants et gouvernés, elle autorise et interdit certains contrôles des uns sur les autres, et réciproquement. Ce texte officiel affirme, par le fait même, la défense de certains types d'intérêts et déclare qui peut exercer l'autorité et généralement en vertu de quel principe » (Bélangier et Lemieux, 1996, p. 158).

⁵ Il ne faut pas négliger l'importance de la relation d'un groupe démocratique avec son environnement externe. C'est faute d'indépendance face à des forces extérieures que s'est écroulée la démocratie athénienne. « Les entorses les plus honteuses à la démocratie sont venues de l'Assemblée elle-même [...] Alcibiade, fort de son influence, persuade l'Assemblée d'entreprendre en Sicile une expédition qui devait s'avérer désastreuse. Cette campagne devait engloutir les ultimes ressources d'Athènes, mais surtout son courage et ses mérites passés. En votant peu après sa propre dissolution en retour de revenus étrangers, l'Assemblée pliait l'échine devant les Perses qui jouaient les maîtres chanteurs. Le serpent avalait sa propre queue » dans Watson et Barber, 1988, *La lutte pour la démocratie*.

Cette compréhension de la phase constitutionnelle s'inspire des travaux de Lemieux 56 sur la structuration du pouvoir dans les systèmes politiques. Le système politique permet au système de gouverner de réguler le secteur reconnu comme public et faisant l'objet du contrat collectif.

« Nous considérons le politique comme la régulation de ce qui est public, c'est-à-dire de ce que des régulateurs reconnaissent comme étant public ou encore de ce qu'un public estime devoir être régulé. Des systèmes de relations de pouvoir font problème pour les régulateurs ou pour les publics et deviennent ainsi des systèmes publics, régulés à l'intérieur d'eux-mêmes ou régulés par un autre système de relations de pouvoir, le système de gouverner » (Lemieux, 1989, p.22).

Le pouvoir du peuple souverain sur les individus qui le composent connaît des limites, soit celles du pouvoir de l'État sur les individus. Cette limite érige la frontière entre le public et le privé, entre la vie collective et la vie privée. Sans cette limite la démocratie se transformerait en « dictature du peuple », au nom de laquelle les individus peuvent subir les pires outrages pour n'importe quel prétexte.

La liberté d'association, souvent considérée comme un des privilèges fondamentaux des systèmes démocratiques, suppose que l'appartenance au groupe est librement consentie et que la soumission au bien commun et aux règles du groupe est volontaire.⁶ La définition de Carole Pateman (1988) de la démocratie insiste sur le rapport entre la nation et les individus. Pour elle, le contrat démocratique est caractérisé par la soumission de l'individu au groupe, qui échange une partie de son autonomie contre la protection de ce groupe.

Pour Touraine la notion de citoyenneté, selon laquelle les citoyens et les citoyennes au-delà d'une identité partagée ont des droits, des devoirs et des responsabilités et se reconnaissent mutuellement ces droits, devoirs et responsabilités, est la seconde condition fondatrice de la démocratie. «C'est le système politique qui est le lieu de la démocratie» (1996, p.69).

« La deuxième caractéristique d'une société démocratique, telle qu'elle est impliquée dans sa définition, est que les électeurs sont et se considèrent comme des citoyens. Que signifie le libre choix des gouvernants si les gouvernés ne s'intéressent pas au gouvernement, s'ils ne se sentent pas appartenir à une société politique, mais

⁶ Cette soumission ou insubordination aux règles du groupe au nom du bien public pose tout le problème de la marginalité, de l'intolérance et de l'exclusion sociale.

seulement à une famille, un village, une catégorie professionnelle, une ethnie, une confession religieuse? » (Touraine, 1996, p. 45).

57

La démocratie sanctionne l'autorité du groupe sur les individus dans les champs d'action identifiés comme publics. Le peuple est considéré comme souverain, non seulement parce qu'aucune autorité externe ne le soumet, mais encore parce qu'il exerce une autorité sur les individus et les sous-groupes qui le composent. La démocratie ne peut exister sans la reconnaissance de cette autorité par tous les citoyens et les citoyennes. Le pouvoir démocratique est réflexif, il s'exerce sur un territoire intérieur, dans une politie. «On ne peut pas concevoir de démocratie qui ne repose pas sur la définition d'une collectivité politique (polity) et donc d'un territoire» (Touraine, 1996, p 46).

Si tous les citoyens et les citoyennes reconnaissent l'autorité de l'État auquel ils appartiennent, réciproquement la capacité et la possibilité pour chacun des citoyens et des citoyennes d'exercer un pouvoir sur l'État est indissociable de l'exercice démocratique. L'État démocratique doit garantir l'accès légitime au pouvoir à tous les citoyens et les citoyennes auxquels il est imputable de ses actes.

Décentralisation et non-polities

Dans la mesure où l'on associe la démocratie à la possibilité pour chaque citoyen et citoyenne de participer à toutes les décisions qui le concernent, une gestion locale des politiques sociales permet physiquement aux citoyens et citoyennes de participer aux négociations. La décentralisation rapproche les lieux de décision des citoyennes et des citoyens et facilite leur participation au processus de décision publique.

C'est parce que la décentralisation des pouvoirs facilite la participation politique des citoyens et des citoyennes aux décisions locales que sont étroitement associées les notions de décentralisation et de démocratisation. Plus une région est autonome, plus les pouvoirs sont décentralisés vers cette région, et plus elle peut exercer démocratiquement les pouvoirs dont elle dispose en rendant des comptes à la population de son territoire, plutôt qu'à une autorité centrale. Le processus de décentralisation accroît le pouvoir disponible pour l'exercice démocratique régionalement et localement cependant qu'il crée une autre instance gouvernementale qu'on peut désigner comme une « non-politie ».

Quand des pouvoirs politiques sont décentralisés vers des instances régionales ou locales, il s'agit alors de non-polities et ce n'est que par analogie ou par extension que

l'on peut désigner comme démocratiques des non-polities. «Les non-polities sont des systèmes politiques qui ont pour caractéristique la dépendance dans l'environnement externe. Ces systèmes politiques font partie de systèmes politiques plus vastes» (Lemieux, 1989, p. 93).

Dans le cas d'une non-politie, l'autonomie d'un groupe est limitée de l'extérieur, et la souveraineté de ce groupe ne peut s'exercer que dans l'aire d'autonomie résiduelle. Soit que le groupe soit constitué par une autorité qui lui est extérieure, et alors il est hétéronome, soit que le groupe soit constitué par ses membres, qui se sont librement associés, et alors les pouvoirs de ce sous-groupe sont circonscrits par la nation à laquelle il appartient et se limite aux libertés dont disposent les citoyens et les citoyennes de cette nation. Dans les deux cas l'autonomie de cette non-politie, son territoire d'exercice démocratique, connaissent des limitations. S'il est encore possible d'exercer démocratiquement le pouvoir, ce n'est qu'à la condition que ce pouvoir soit exercé par les membres qui appartiennent au groupe. L'autonomie résiduelle du groupe s'exerce alors dans le territoire de négociation dont le groupe dispose. La souveraineté d'un groupe est rarement absolue, cependant un minimum de pouvoir doit être disponible pour que l'on voit apparaître une pratique démocratique.

Autonomie et pouvoirs disponibles

La disponibilité du pouvoir est donc une condition essentielle à l'exercice démocratique. Pour négocier le contrat collectif, démocratiquement une collectivité doit disposer de l'autonomie nécessaire pour définir son identité, ses structures et ses modalités de fonctionnement. L'autonomie désigne la capacité d'un groupe de se définir :

« Autonomie: (du grec *autos*, soi-même et *nomos*, loi) indépendance, possibilité de décider, pour un organisme, pour un individu, par rapport à un pouvoir central, à une hiérarchie, une autorité » (Petit Larousse illustré, 1995).

L'autonomie c'est la capacité du groupe de se définir lui-même: son identité, ses structures, son mode de fonctionnement. La notion d'autonomie réfère à une relation de pouvoir. Elle désigne un certain type de relation de pouvoir. L'autonomie d'un groupe démocratique s'exerce dans une aire de négociation, un territoire convenu comme public. L'aire de négociation comprend les enjeux faisant l'objet du contrat collectif. Ce qui échappe à l'aire de négociation demeure une zone privée, non aliénable et non régulée par l'État.

Donc un système démocratique est autonome s'il dispose des pouvoirs nécessaires de se définir, de se doter d'institutions et de structures, de définir son fonctionnement et ses pratiques. Pour évaluer l'autonomie d'une collectivité il faudra donc étudier les pouvoirs dont elle dispose. La notion de pouvoir est une notion centrale pour l'évaluation d'un processus démocratique. Pour Godbout (1987): «l'analyse de la relation démocratique c'est l'analyse de la distribution du pouvoir entre les membres et les différentes instances ou agents d'une société ou d'une organisation» (p.46).

Les pouvoirs collectifs seront exercés en fonction d'enjeux partagés qui ont un sens pour tous les membres d'une collectivité. L'ensemble des enjeux en présence, délimités lors de la phase constitutionnelle, occupent l'aire de négociation collective. Ce sont ces enjeux qui alimenteront l'intérêt et la motivation des participants et des participantes au processus de négociation du contrat collectif.

Lemieux propose une définition systémique du pouvoir, faisant appel à une relation entre au moins deux acteurs. Cette relation est elle-même inscrite dans un réseau de relations marquées par l'autonomie ou la dépendance. Le pouvoir est toujours interaction, la notion d'autonomie elle-même exige la coexistence de deux systèmes et fait référence à une relation de non-dépendance de l'un envers l'autre.

« Une relation de pouvoir consiste dans le contrôle, par un acteur, d'une décision qui concerne ses moyens d'action ou ceux d'autres acteurs, et par là leur autonomie ou leur dépendance dans d'autres relations de pouvoir » (Lemieux, 1989 p. 7).

La catégorisation ou typologie des pouvoirs que nous avons retenue pour évaluer la participation démocratique et l'autonomie est une interprétation de la typologie de Lemieux qui dénombre quatre catégories ou quatre finalités du pouvoir, soit les pouvoirs indicatifs, constitutifs, prescriptifs et allocatifs. En termes de quantité de pouvoir, c'est-à-dire de puissance, et de généralisation des pouvoirs, le pouvoir constitutif est supérieur au pouvoir prescriptif, qui à son tour domine le pouvoir allocatif. Les pouvoirs constitutifs, prescriptifs et allocatifs sont hiérarchisés les uns par rapport aux autres. Quant au pouvoir indicatif, qui est un presque pouvoir, il échappe, au moins partiellement à l'ordre et à la hiérarchie, cependant que l'ordre et la hiérarchie ne peuvent exister sans ce pré-ordre dont ils dépendent et sur lequel ils influent.

« La substance du pouvoir indicatif consiste en information. Le pouvoir allocatif a pour substance des ressources informationnelles, matérielles ou humaines. Le pouvoir prescriptif a, quant à lui, des commandes comme substance, tandis que la substance du pouvoir

constitutif est faite de l'organisation des postes et de leur finalisation » (Lemieux, 1989, p.67).

60

Nous retenons cette typologie parce qu'elle nous renvoie aux dimensions et aux phases de la participation démocratique telles que présentées au chapitre précédent. En adaptant et en interprétant la typologie de Lemieux on peut rapprocher chacun des types de pouvoirs aux dimensions de la participation démocratique: les pouvoirs constitutifs précisent les enjeux collectifs, l'aire de négociation publique, les pouvoirs prescriptifs concernent les structures et les institutions, les pouvoirs allocatifs concernent les modalités de négociation et les échanges entre les individus. Quant aux pouvoirs d'influence ils sont diffus, non régulés par la collectivité mais constituent les assises idéologiques de la reconnaissance du pouvoir de l'État.

La première catégorie de pouvoirs pour Lemieux est le pouvoir indicatif ou d'influence qu'il considère comme une forme limite de pouvoir, en ce qu'il n'est pas intentionnel et que ce type de pouvoir ne contrôle pas ou peu les moyens d'action d'un autre acteur. Nous en déduisons que ce pouvoir peut être associé aux opinions, aux valeurs, aux normes culturelles. A titre indicatif, plutôt que coercitif, le pouvoir d'influence exprime les intentions collectives et individuelles qui ne sont pas encore ordonnées et négociées, c'est-à-dire intégrées et régulées publiquement.

L'inclusion du pouvoir indicatif, en ce qu'il est un presque pouvoir, ou "le refus de toute essentialité du pouvoir [...] indispensable à la démocratie" (Touraine, 1996, p.47) dans la typologie des pouvoirs rend cette typologie plus difficile à manipuler, mais plus riche de sens et permet de mieux saisir le processus de construction démocratique. Le pouvoir indicatif est plus général et plus intangible que les pouvoirs constitutifs, prescriptifs et allocatifs.

Le pouvoir constitutif pour Lemieux «a pour finalité la constitution même des acteurs sociaux [...] c'est le contrôle des décisions qui ont pour enjeu la finalisation et l'organisation d'un acteur dans le poste qu'il occupe » (1989, p, 65). Dans le cadre de la participation démocratique il peut être associé à la capacité de définir la ou les finalités de l'État, et au pouvoir de créer des institutions qui détiennent les pouvoirs publics. Le pouvoir constitutif porte sur le contrat collectif entre la population et le système politique et précise ce qui relève de la politique, et qui devra être gouverné, la politique étant entendue comme « la régulation des affaires publiques » (selon Smith, cité dans Lemieux, 1989, p. 87) et précise également les instances constitutionnellement reconnues qui détiennent ces pouvoirs.

Le pouvoir prescriptif est aliéné au pouvoir constitutif. C'est un pouvoir intermédiaire, entre le pouvoir constitutif et le pouvoir allocatif. Il dépend de la constitution d'une part, et domine les pratiques et les transactions effectives d'autre part. «Le pouvoir prescriptif a pour finalité les contrôles par lesquels s'exercent les pouvoirs allocatifs[...] il consiste dans le contrôle des décisions qui ont pour enjeu les contrôles ou plus précisément les commandes au moyen desquels s'exerce le pouvoir allocatif» (Lemieux, 1989, p. 61). On peut associer le pouvoir prescriptif à la capacité de répartir des responsabilités ou des ressources entre différents groupes d'acteurs, en fonction des finalités précisées par les pouvoirs constitutionnels, de décréter des normes, des modes de fonctionnement, de prescrire des façons de faire à ces acteurs. C'est un pouvoir spécialisé et expert par rapport au pouvoir allocatif.

«Le pouvoir allocatif consiste dans le contrôle des décisions qui ont pour enjeu des ressources matérielles informationnelles ou humaines» (Lemieux, 1989, p.57). Dans le cadre de la participation démocratique le pouvoir allocatif c'est le pouvoir d'effectuer, d'exécuter la transaction telle que prévue au contrat collectif. Ce qui est effectif et se traduit en action. C'est le «pouvoir de l'acteur». Le pouvoir allocatif est le pouvoir de définir des pratiques et d'utiliser les ressources dont dispose le groupe, au niveau de la transaction liée à la finalité du groupe.

Institution, légitimité et représentativité

Nous avons déjà dit qu'il n'y a pas de démocratie sans État. L'État, en vertu de la constitution, c'est l'ensemble des citoyens et des citoyennes qui partagent les pouvoirs collectifs. Afin d'exercer ces pouvoirs l'État devra instituer un système de gouverne, c'est-à-dire des instances et des postes qui assumeront ces pouvoirs. Si la constitution fonde l'État et définit la citoyenneté en liant les citoyens et les citoyennes à cet État, la phase institutionnelle liera l'État au système de gouverne, c'est-à-dire aux représentants et représentantes légitimes de la population et des intérêts publics.

En plus de préciser le rôle de l'État et les pouvoirs publics, la constitution doit engendrer les institutions et les postes qui vont permettre au gouvernement d'assumer les pouvoirs collectifs.

« Qu'elle prévoie un régime parlementaire ou présidentiel dans un État unitaire ou fédéral, la constitution établit des règles du jeu qui correspondent à une conception de la prise de décision pour une société. En d'autres mots, elle reconnaît la légitimité et l'exercice de certains contrôles dans la représentation des intérêts » (Bélanger et Lemieux, 1996, p. 159).

Pour exercer le pouvoir dans un système démocratique, les membres d'une collectivité vont progressivement se doter d'institutions, déléguer des personnes pour les représenter ou nommer d'autres personnes chargées d'exécuter des mandats spécifiques. Ces personnes sont investies en tout ou en partie de l'autorité du groupe souverain. La légitimité de ces institutions et des personnes occupant les postes de gouverne est la troisième condition essentielle à la démocratie.

« La notion de légitimité fait appel à la reconnaissance par les gouvernés du droit qu'ont les gouvernants d'exercer sur eux une autorité » (Bélanger et Lemieux, ,1996, 149).

Les structures démocratiques tiennent leur légitimité des citoyens et des citoyennes qui appartiennent à une nation. Pour être légitimes les structures étatiques doivent permettre à chacun des citoyens et des citoyennes de participer, directement ou indirectement, à la négociation du contrat collectif.

Délégation et légitimité

Toute décision démocratique concernant le contrat social devrait solliciter la participation de tous les citoyens et les citoyennes, c'est ce qu'affirment les tenants de la participation directe. Pour eux, toutes les personnes concernées par une politique publique doivent participer aux décisions qui les concernent (Naisbitt, 1984, Powell et al 1988). Cette affirmation inspire la théorie de la démocratie participative et fait de la participation de la population à l'élaboration des politiques publiques une condition d'exercice de la démocratie. Sous l'apparente simplicité de cette formule se cache déjà la difficulté de l'exercice démocratique. Qui sont les personnes concernées? Par quoi sont-elles concernées? Qui détermine ce par quoi elles sont concernées et comment doit s'élaborer le processus de négociation des enjeux en présence?

Quelle que soit la répartition des fonctions législatives, exécutives ou judiciaires entre les principales instances gouvernementales, qu'il soit question d'un régime parlementaire ou présidentiel, la représentation joue un rôle important dans la construction de la légitimité démocratique, «parce que tout le monde ne peut participer à tout, tout le temps». La représentation permet aux gouvernants d'exercer les pouvoirs du groupe au nom du groupe. Les responsabilités attenantes au contrat collectif doivent être assumées et partagées entre les membres du groupe. Certaines des fonctions collectives sont assumées par des personnes désignées qui détiennent l'autorité du groupe souverain sur les membres. Les gouvernants sont mandatés pour exercer certaines fonctions liées au contrat collectif incluant la négociation de ce même contrat. Il y a alors institution d'un gouvernement légitime.

« La légitimité revient chez Max Weber à exprimer la part d'adhésion qui ne relève ni de la force ni de la crainte » (dans Bélanger et Lemieux, 1996, p. 151).

La légitimité signifie la reconnaissance par les personnes représentées des personnes qui les représentent et requiert leur adhésion aux règles et aux modalités de nomination de ces représentants et représentantes. La représentation est une forme particulière de délégation de pouvoirs. Par la représentation un groupe confie à une personne la responsabilité de défendre ses intérêts auprès d'un tiers.

« Ce phénomène constitue une relation sociale en soi qui met en présence trois acteurs: le représentant, le représenté et le tiers auprès duquel se fait la représentation. On dira qu'il y a représentation des intérêts lorsqu'un acteur, mandaté ou non, agit au nom d'autres personnes. La forme la plus simple de représentation est celle qui se fonde sur un mandat » (Bélanger et Lemieux, p. 58).

Dans le cas d'un processus de représentation démocratique les représentants exercent leur mandat, non pas auprès d'un tiers, mais au sein d'un groupe, d'une assemblée législative ou exécutive dont ils font eux-mêmes partie. Cette assemblée est chargée de négocier et de veiller sur le contrat collectif et sur ses modalités d'application. Cette assemblée est responsable de protéger les intérêts collectifs dans le respect des intérêts des divers groupes représentés.

Les modalités de nomination et la représentation électorale

Plusieurs auteurs sont d'avis que la notion de représentativité est un critère déterminant pour mesurer la qualité démocratique des institutions publiques. Certains ont analysé l'impact de diverses structures et de différentes modalités électorales sur la légitimité d'un gouvernement, auquel cas les méthodes de recherche sont de type analytique et historique et génèrent par exemple une typologie des systèmes démocratiques (Touraine, 1994, Duhamel, 1993).

Les modalités de nomination peuvent parfois combiner plusieurs types de pratiques électorales. Par exemple, le président américain est élu par l'assemblée des grands électeurs qui sont eux-mêmes élus au suffrage universel par les citoyens et les citoyennes des états fédérés. Il détient les pouvoirs exécutifs et nomme les membres de son conseil. Qu'elles soient élues ou nommées, toutes les personnes qui occupent des fonctions de gouverne sont considérées comme détenant légitimement les pouvoirs et responsabilités qui leur ont été confiées, parce que les règles de nomination sont reconnues et consenties par tous les citoyens et citoyennes.

Comme nous venons de le voir, les personnes occupant les postes de gouverne au sein d'institutions publiques peuvent être élues par un collège électoral ou au suffrage universel ou nommées par des personnes détenant une autorité légitime. Mais c'est plutôt par le suffrage universel que les démocraties contemporaines garantissent la légitimité de leur gouvernement, que leur système électoral soit proportionnel ou majoritaire, unimodal à un, ou à plusieurs tours. Le suffrage universel est le mode de participation démocratique le plus répandu pour instituer le gouvernement des nations démocratiques contemporaines. L'ensemble des citoyens et des citoyennes procède ainsi, sur une base régulière, à l'élection des personnes chargées de négocier et de mettre en oeuvre le contrat collectif. C'est par le processus électoral que les citoyens et les citoyennes désignent les membres de leur gouvernement qui doivent représenter et défendre leurs intérêts.

Le taux de participation électorale, c'est-à-dire le pourcentage d'électeurs et d'électrices exerçant effectivement leur droit de vote par rapport au nombre de personnes détenant un droit de vote est un critère couramment utilisé pour mesurer la légitimité des élus. Pour plusieurs chercheurs, plus la participation est étendue, plus elle est démocratique et légitime. D'autres encore ont évalué la ressemblance socio-démographique du groupe des élus par rapport aux populations qu'ils doivent représenter (Mulazzi⁷, 1987, Plamondon et al, 1995) en posant comme hypothèse que toute différence significative entre le groupe des élus et le groupe des électeurs et des électrices est le signe d'une discrimination, donc d'une entorse à la démocratie.

Reddition de compte et imputabilité

L'évaluation de la représentativité requiert l'analyse du lien entre le représentant et le groupe qu'il représente. Une personne représentant véritablement les intérêts de ses mandants doit respecter au cours du processus de négociation les limites et les conditions du mandat qui lui a été confié, rendre périodiquement des comptes aux personnes qui l'ont mandatée et réévaluer avec elles les orientations quant aux délibérations en cours. Les mandants sont responsables de prévoir les contrôles qui devraient être effectués concernant l'exercice des responsabilités dévolues aux personnes qui les représentent et qui sont imputables de leurs décisions. La reddition de compte des actes délégués est un corollaire de la notion de légitimité liée au processus de participation démocratique. Puisque dans toute démocratie il y a délégation de pouvoirs décisionnels ou exécutifs et puisque ces pouvoirs sont redevables à l'autorité des citoyens et des citoyennes, les actes délégués sont soumis à une reddition de compte.

⁷ Ce type d'approche privilégie un modèle statistique et démographique de représentation en vertu duquel lorsque le «groupe échantillon» est statistiquement représentatif de la population, les délibérations et les décisions issues de ce groupe seront identiques aux décisions qui auraient été prises par l'ensemble de cette population. Tout écart entre les deux groupes serait un signe de discrimination, ce qui risque d'évacuer les intérêts d'un groupe ainsi sous-représenté. Il est à noter que pour vraiment obtenir un échantillon statistiquement représentatif il doit être constitué au hasard, ce qui élimine le mode électoral pour constituer une assemblée qui représenterait statistiquement la population. C'est le modèle proposé par Burnheim(1985). C'est également le modèle retenu pour choisir un jury.

La reddition de compte dans un processus électoral de participation démocratique est essentiellement assurée par la récurrence des élections. Les citoyens et les citoyennes peuvent exprimer leur satisfaction ou leur insatisfaction à l'égard de leurs représentants en procédant ou non à leur réélection parce que ces représentants sont imputables de leurs actes.

Entre les élections c'est principalement sur une base informelle que les partis, les journaux, les groupes d'intérêts, la population en général peuvent tenter d'influencer leurs élus et le gouvernement. En outre, en cours de mandat, le gouvernement peut solliciter l'avis ou la participation de la population ou des groupes d'intérêt sur tout enjeu du contrat collectif dont il a la responsabilité et pour lequel il souhaite formuler, valider ou légitimer une option sous forme de consultation publique, de commissions, d'enquêtes ou de sondages. Sur des enjeux majeurs, un gouvernement peut à l'occasion solliciter des citoyens et des citoyennes une décision par voie de référendum. Certains États prévoient aussi des modalités «d'initiative» selon lesquelles la population peut initier un processus de décision collective qui lie le gouvernement à la décision populaire. Toutes ces formes d'interaction entre un gouvernement et la population sont propres à assurer la reddition de comptes des élus envers les personnes qu'ils représentent.

Agrégation des intérêts et types de représentativité

Dans la relation entre les personnes déléguées et le groupe qu'ils représentent la représentativité repose sur diverses modalités de nomination, de contrôle et de reddition de compte comme nous l'avons déjà mentionné. Le taux de participation aux élections et le nombre de personnes représentées affectent également la représentativité et la légitimité d'un représentant ou d'une représentante. Outre ces dimensions de la représentativité démocratique, la signification de la représentation constitue un critère essentiel de l'évaluation de la représentativité. Quelle est la nature, quelle est la signification du lien qui unit les représentants et les représentés. C'est par le processus d'agrégation des intérêts que s'élabore la légitimité de la représentation.

D'où provient la légitimité, quelle est la représentativité de ceux et celles qui participent à la négociation du contrat collectif, c'est-à-dire quelle est la signification des liens entretenus avec le groupe qu'ils représentent et quelle est la logique de construction de leur légitimité? La représentation est déterminée par la logique d'agrégation des intérêts de la population et de construction de la légitimité démocratique, cette logique détermine

les modalités de nomination, un certain nombre de relais plus ou moins hiérarchisés ainsi qu'une structuration particulière de l'exercice des pouvoirs publics.

En conformité avec le modèle que nous avons précédemment exposé concernant la construction démocratique, en tenant compte des principaux concepts énoncés plus haut et suite à l'analyse des divers points de vue de chercheurs (Bélanger et Lemieux, 1996, Bergeron, 1992) nous avons retenu quatre catégories de représentation des intérêts publics, c'est-à-dire quatre catégories qui sont la source ou la signification de la légitimité des participants et participantes à la gestion de l'État et à la négociation du contrat collectif.

La représentativité des participants et participantes au processus démocratique de négociation du contrat collectif s'inscrit dans quatre types d'agrégation des intérêts: les intérêts de la population en général et de groupes de pressions, les intérêts politiques, les intérêts sectionnels et les intérêts individuels de chaque citoyen et citoyenne. Cette catégorisation permet d'analyser la signification du lien entre les représentants et les personnes ou groupes représentés et la construction de leur légitimité. Chacune des catégories d'acteurs sociopolitiques détient un type de légitimité qui lui est propre.

La représentation populationnelle repose sur le principe d'universalité et s'exprime généralement par le suffrage universel sans distinction ni discrimination entre les citoyens et les citoyennes. La représentation populationnelle n'accepte aucune discrimination. Elle cherche à reconstruire la variété et l'infinie diversité d'une population. Dans le cadre d'un processus de décision collective elle agglomère les intérêts sur la base du territoire géographique. Elle tient compte de la population d'un territoire et de ses caractéristiques socio-démographiques.

Le découpage territorial est le plus fréquemment utilisé pour structurer la participation démocratique. Ce type de représentation évite, en principe, toute distinction de race, de langue, d'âge, de sexe. Il permet également à tous les citoyens et citoyennes, de participer «également» une fois et une seule fois à la désignation d'un gouvernement et répartit le pouvoir équitablement entre eux (Godbout, 1991).

La population localisée est également le lieu d'émergence des groupes de pression qui vont tenter d'articuler les intérêts de la population locale et de faire pression sur les gouvernants. La communauté, c'est le lieu d'élaboration des projets, d'émergence d'intérêts collectifs et d'action communautaire locale. Les groupes de pression communautaires sont considérés également comme tirant leur légitimité de la

représentation de la population. L'organisation communautaire est valorisée comme lieu d'expression de la volonté locale et régionale.

La participation des consommateurs et des consommatrices, des usagers et des usagères aux décisions publiques est pour plusieurs auteurs associée à la participation démocratique. Elle constitue cependant une forme limitée de la représentation populationnelle, lorsqu'elle contribue à l'émergence de la demande de la population à l'égard de l'État. La participation des usagers et usagères s'inscrit dans une logique de production-consommation de services. Il s'agit d'une réduction du rôle de citoyen et citoyenne. Cette catégorie représente des intérêts qui ne sont pas nécessairement ceux des citoyens et des citoyennes dans leur ensemble.

En plus de la représentation territoriale telle que prévue par le découpage électoral, la représentation électorale prend également en compte la représentation politique. Les citoyens et les citoyennes élisent proportionnellement⁸ ou majoritairement des représentants et représentantes appartenant à des partis politiques.

« À la différence des groupes de pression, les partis politiques sont voués à la représentation, sinon de l'intérêt général, du moins de différents intérêts particuliers. C'est pourquoi on dit d'eux qu'ils agrègent les intérêts, alors que les groupes de pression les articuleraient. Plus précisément, nous pouvons définir les partis comme des organisations qui, à la différence des groupes, cherchent à occuper, au moyen des élections, les postes d'autorité suprême dans une collectivité » (Bélangier et Lemieux, 1996, p.259).

Certains citoyens et citoyennes se mobilisent dans des structures partisans et créent des coalitions d'intérêts publics. Ces coalitions prennent position de manière partisane sur les grands enjeux collectifs, et l'ensemble de ces positions sont inscrites dans le programme de ce parti. Les partis politiques agissent comme médiateurs dans la formulation du contrat collectif, l'élaboration d'alternatives, la formation et la mise en nomination des candidats électoraux. Le gouvernement sera ainsi composé non seulement de personnes représentant différents territoires mais également de personnes appartenant à des partis politiques et prônant des opinions claires sur des enjeux précis. La partisanerie introduit un second type de légitimité à la participation démocratique fondée sur des coalitions d'intérêts. Les partis permettent aux électeurs de fonder leur

⁸ Dans un système électoral majoritaire le parti qui détient la majorité des voix obtient le pouvoir, alors que dans un système électoral proportionnel le nombre de sièges entre les partis est proportionnel aux nombres de voix obtenues par chacun d'eux.

choix électoral sur un programme politique qui correspond à leur vision du contrat collectif. 69

L'adhésion des citoyens et des citoyennes liés entre eux par une commune appartenance à un territoire ou à une nation porte sur des enjeux collectifs, sur une aire reconnue comme publique, c'est la définition de ces enjeux qui va introduire une dimension partisane dans la négociation du contrat collectif. Il ne s'agit plus simplement de représenter tous les citoyens et les citoyennes, reconnus comme égaux et semblables, mais il s'agit de reconnaître la diversité des options concernant le contrat collectif. Cette diversification des intérêts, la reconnaissance de la multiplicité des besoins, intérêts et options quant au projet collectif va nécessiter la reconnaissance de la pluralité de la représentation. Ces options politiques sont formulées selon des zones de fracture de l'uniformité de la population: central-périphérique, public-privé, urbain-rural, travailleur-producteurs, gauche-droite (Bélanger et Lemieux, 1996). Chaque parti exprime une vision qui lui est propre quant à ces principaux enjeux qui constituent les grands axes de construction du contrat social.

Forts de leur victoire partisane les élus devront représenter les intérêts de leurs électeurs tout en étant imputables à la population en général. La représentation politique repose sur un projet de société et sur un programme explicite quant à ce projet. C'est en vertu d'une idéologie politique, d'un choix de société qu'ils ont affiché, et dont ils sont les défenseurs que les élus ont acquis les postes de commande qu'ils occupent. Ils représentent une option majoritaire au sein de la population qui les a portés au pouvoir quant au type de projet collectif souhaité mais ils sont également garants des intérêts de toute la population.

« Sauf dans les systèmes à parti unique, de moins en moins nombreux sur la planète, les partis sont confrontés à un dilemme fondamental. Ils sont à la fois des « parties » (comme leur nom, en plusieurs langues, l'indique) en compétition avec d'autres « parties » mais aussi des prétendants à la représentation du « tout », surtout s'ils forment seuls ou avec d'autres le gouvernement » (Bélanger et Lemieux, p.259).

Cette double légitimité constitue l'un des paradoxes de la participation démocratique électorale. Le gouvernement doit à la fois représenter les intérêts de tous les citoyens et les citoyennes sans aucune distinction et mettre en oeuvre des options qui satisfont aux besoins de la majorité exprimée lors de la désignation du parti au pouvoir. Les élus sont considérés comme légitimes parce qu'ils incarnent une option décrétée par voix populaire dans un régime multipartite, en plus de représenter la population en général.

La représentation sectionnelle constitue un troisième type de représentation. Elle inclut les groupes et les corporations bien structurés appartenant à un secteur d'activité public, qui détiennent des intérêts qui leur sont propres. Ces intérêts sont sectoriels et spécialisés. Le corporatisme est une forme de représentation sectionnelle. Les personnes représentant diverses corporations ont un intérêt particulier de technocrates, d'experts ou de producteurs de services, parfois même de consommateurs. Ils visent à maximiser les gains de leur corporation. Les représentants appartenant à des corporations détiennent des connaissances et une expertise spécialisée. Ces personnes maîtrisent les enjeux pratiques et connaissent bien les politiques et les programmes publics. Ils appartiennent à des groupes détenant des informations et une expertise spécialisée.

Cette catégorie de représentation des intérêts publics regroupe les technocrates, les agents et les producteurs de services dans une perspective clientéliste. Le groupe des producteurs désigne les divers regroupements d'acteurs constitués pour faire valoir des intérêts professionnels, syndicaux, institutionnels ou privés. Certains groupes et organismes communautaires constitués pour aider les personnes avec des problèmes sociaux ou de santé sont également des producteurs de services. La représentation sectionnelle et corporatiste fonde sa légitimité sur la raison, la détention de connaissances spécialisées et l'expertise.

On peut qualifier ce type de représentation de corporatiste, comme dans le cas des corporations professionnelles et des corporations d'établissements; de clientéliste lorsque les producteurs agrègent la demande au nom des consommateurs, de technicienne lorsqu'elle est fondée sur des connaissances scientifiques ou de technocratique lorsqu'elle détient un savoir organisationnel et administratif.

Finalement les individus en vertu de leurs droits de citoyens et de citoyennes détiennent chacun une parcelle du pouvoir, quelle que soit leur option personnelle quant à la nature du contrat social. Chaque personne détient le droit de représenter ses intérêts de citoyen et de citoyenne. Comme il n'y a pas d'intermédiaire, c'est le type de représentation la plus légitime qui correspond à la participation directe. Cette catégorie de représentation individuelle inclut les situations où il n'y a pas de lien entre le représentant et le groupe représenté, pas de processus électoral, pas de reddition de compte. On peut nommer un individu à certaines fonctions publiques pour ses compétences ou son expertise, pour ses qualités personnelles, son charisme, son leadership, sa capacité à mobiliser l'opinion publique. On peut encore invoquer les rôles significatifs qu'assume cette

personne en tant qu'usager et usagère d'un service, payeur ou payeuse de taxes, parent...⁹ Ces rôles pourraient générer des coalitions d'intérêts ou des groupes de pression, mais dans le cas d'une représentation individuelle, il n'y pas d'agrégation d'intérêts, pas de lien formel entre une population ou un groupe d'intérêts et cette personne. 71

Bien que le citoyen ou la citoyenne soit l'acteur le plus légitime démocratiquement il ne détient qu'une parcelle du pouvoir. Plus son pouvoir s'accroît au-delà de cette parcelle, plus il y a concentration du pouvoir et plus on s'éloigne de la démocratie directe. Voilà en marche le processus de représentation et seule la reddition de compte contrebalance la concentration du pouvoir. Il revient aux citoyens et aux citoyennes de surveiller et contrôler leurs élus.

La participation démocratique se construit donc sur différents types d'agrégation des intérêts. Que ce soit par la représentation populationnelle, politique, sectionnelle ou individuelle, le mode d'agrégation et de nomination des personnes qui occupent les fonctions de gouverner doit garantir à tous les citoyens et les citoyennes l'exercice de leurs droits en toute légitimité.

⁹ Godbout a déjà signalé la faible influence qu'exercent les usagers et les usagères siégeant au conseil d'administration des établissements de santé et de services sociaux qui n'entretiennent pas de liens avec la catégorie qu'ils représentent plutôt symboliquement.

Délibération, collégialité et réciprocité

Le processus démocratique vise l'élaboration, la formulation et la négociation du contrat collectif qui lie entre eux les citoyens et les citoyennes: la délibération est la quatrième phase de construction démocratique que nous avons identifiée dans le modèle présenté plus haut. La démocratie requiert un processus collectif de prise de décision, fondé sur la collégialité.

Il n'y a pas de démocratie sans participation à la négociation du contrat social, qu'il soit question de démocratie directe qui permet à tous les citoyens et citoyennes de négocier ce contrat ou de démocratie indirecte qui leur demande d'élire les personnes qui négocieront pour eux ce contrat. Quelles que soient les modalités de participation, elles doivent être collégiales pour être reconnues comme démocratiques.

La collégialité exprime l'idée que tous les êtres humains naissent égaux et la participation démocratique garantit à chaque citoyen et citoyenne l'égalité dans l'exercice de ses droits, devoirs et responsabilités. Elle permet à chacun et à chacune d'exercer les mêmes pouvoirs sur l'élaboration et la mise en oeuvre de ce contrat. La collégialité marque une interaction égalitaire des citoyens et citoyennes qui sont tous et toutes responsables de la Cité.

« La coarchie se rapporte à la gouverne collégiale où les décisions sont contrôlées par toutes les partis prenantes. C'est la gouverne par voie de consensus, où tous les acteurs des publics participent aux décisions qui les concernent » (Lemieux, 1989, p. 24).

Le pouvoir démocratique est un pouvoir exercé égalitairement par tous les citoyennes et les citoyens qui ont les mêmes droits, les mêmes capacités et les mêmes possibilités de participation à la négociation du contrat collectif

La délibération démocratique

Quelle que soit la forme de participation démocratique, il s'agit toujours d'un processus de prise de décision collective reposant sur la capacité de traiter des informations, d'en négocier la signification et la valeur. La démocratie s'élabore par la parole et repose sur la signification partagée de l'appartenance collective et des pratiques publiques. C'est

par la parole que le contrat public se constitue et s'institue. Il s'élabore et se maintient par la délibération et la compréhension des enjeux collectifs. Le contrat collectif n'existe pas sans parole partagée.

La démocratie est avant tout délibérative, c'est ce que nous ont enseigné les Athéniens. «Au commencement de la Grèce, était la parole» (Dufresne, 1994, p. 17). Les Athéniens valorisaient l'art de la rhétorique et considéraient la délibération comme essentielle à la démocratie. La démocratie directe exigeant la négociation et le face-à-face est le berceau de la démocratie. Chez les Grecs tous les citoyens (excluant les femmes, les esclaves et les étrangers) devaient maîtriser l'art de la parole et de l'argumentation et participer activement aux débats publics. Les assemblées publiques pouvaient rassembler dans l'agora jusqu'à 6,000 personnes et se tenaient plusieurs jours par année.

« On voit ici les mêmes hommes soigner à la fois leurs propres intérêts et ceux de l'État, de simples artisans entendre suffisamment les questions politiques. C'est que nous regardons le citoyen étranger aux affaires publiques, non comme un ami du repos, mais comme un être inutile. Nous savons et découvrons par nous-mêmes et juger sainement ce qui convient à l'État; nous ne croyons pas que la parole nuise à l'action; ce qui nous paraît nuisible, c'est de ne pas s'éclairer par la discussion » (Thucydide cité dans Dufresne, 1994, p. 116).

La véritable délibération exige le face-à-face, elle consomme du temps et des ressources. Elle exige de nombreux échanges et comporte plusieurs itérations, c'est-à-dire plusieurs allers et retours de l'information entre les protagonistes, ce qui permet aux uns et aux autres d'améliorer leur compréhension réciproque, de tenter de convaincre l'autre ou d'énoncer des compromis. La délibération permet d'explorer en profondeur les problèmes, les différents points de vue, les diverses solutions, elle exige écoute, analyse, compromis. Elle n'occulte pas les conflits mais tente de les résoudre.

La délibération repose sur un processus d'élaboration d'un discours et de négociation des enjeux entre plusieurs partenaires. Ce processus requiert temps et ressources.

« Dans une perspective politique les grandes phases de la dynamique de l'intelligence collective sont l'écoute, l'expression, la décision, l'évaluation, l'organisation, la connexion et la vision, chacune d'elles renvoyant à toutes les autres » (Lévy, 1995, p. 77).

La délibération est fondatrice de la démocratie. Elle substitue la parole à la force, remplace le champ de bataille par une arène où la rhétorique départage les vainqueurs.

L'arène politique est le lieu où la parole se substitue à la violence. Tous et toutes conviennent par avance de se soumettre à l'issue de cette joute publique. La parole fonde la raison d'État et enfante la justice. Gouverner c'est l'art d'énoncer, de clarifier les enjeux conflictuels et de réguler leur résolution. Gouverner ce n'est pas seulement exercer l'autorité c'est aussi mettre en scène le processus collectif de délibération et de résolution des conflits, c'est gérer un processus complexe de prise de décision.

La démocratie repose sur la «culture de la négociation» et du compromis. C'est par l'échange discursif que sont négociés ces compromis.

« la culture de la négociation considère la lutte comme un épisode visant soit à hausser les enchères, soit à construire le rapport de force, l'objectif ultime étant les ententes pour en arriver à une situation viable, allant de soi que l'adversaire ne disparaîtra pas. Il s'agit en fait de l'épuisement de la perspective insurrectionnelle, révolutionnariste [...] Des pratiques publiques, comme la régionalisation, les ententes contractuelles avec divers partenaires, l'intersectorialité dans les domaines de la réadaptation-réinsertion sociale, du développement local ou de l'éducation populaire, relèvent du modèle d'implication contractuelle, si l'État fixe les grandes orientations, il est nécessaire que des compromis et des ententes sur des objectifs et actions précis soient débattus et mis en oeuvre » (Jocelyne Lamoureux, 1994, p. 64).

Les modalités de participation et de prise de décision

Les modalités de participation politique qui soutiennent le processus décisionnel sont multiples: suffrage universel, consultations et commissions, engagement dans la politique active sont autant de formes que peuvent prendre la participation des citoyens et citoyennes à la délibération démocratique. Ces diverses modalités se distinguent entre elles par l'intensité de l'implication individuelle, par le degré d'influence exercé par chacun sur la décision finale, par la complexité des décisions en cause et la qualité du débat ou de la délibération.

Le vote ou suffrage universel s'applique aux élections et aux référendums et permet à toute la population de participer à une décision. Dans le cas d'élections il s'agit de désigner les personnes qui devront assumer la gouverne de l'État. Dans le cas d'un référendum la population se prononce sur des enjeux majeurs attenants à la constitution et au contrat collectif. Dans les deux cas la participation à la décision elle-même est réduite à son expression la plus simple, soit l'inscription d'une croix sur un bulletin de vote. Cette forme de participation requiert que chacun s'informe des enjeux présents et choisisse une option correspondant à ses valeurs personnelles. À l'issue du vote c'est

la majorité qui l'emporte. Les «perdants», qui adhèrent aux règles du jeu, se soumettent à l'opinion de la majorité.

Dans le cas des consultations et des commissions, le gouvernement sollicite l'avis de la population ou de certains groupes. Ces avis permettent aux participants et participantes d'élaborer et d'articuler leurs opinions concernant un projet politique cependant que leur influence est assez limitée. Le coût de production d'un avis est relativement élevé, réduisant ainsi la capacité de participation des citoyens et citoyennes. Les mémoires et avis sont généralement produits par des groupes d'intérêt et des corporations qui disposent de l'expertise et des moyens nécessaires à l'élaboration de ces textes. Si la consultation permet à chacun des groupes d'intérêt d'exprimer aux gouvernants et gouvernantes leur opinion, cette modalité de participation ne permet pas aux protagonistes de négocier entre eux les positions convergentes, divergentes ou conflictuelles. Les personnes ou les instances concernées ne détenant pas de pouvoirs décisionnels, il s'agit d'un processus de communication unilatéral qui vise à influencer les décideurs.

Certaines arènes politiques sont conçues pour permettre une véritable délibération collégiale: chambres, assemblées, conseils et commissions en vertu des pouvoirs constitutionnels dont ils disposent, sont les instances qui détiennent véritablement les pouvoirs de réguler le contrat social par la délibération collégiale. Elles permettent à un nombre restreint de personnes, représentant les citoyens et les citoyennes de discuter et d'analyser en profondeur les enjeux en présence, de négocier les compromis et de statuer sur les solutions.

Les tenants de la participation directe accordent leur préférence à la délibération collégiale et souhaitent que les arènes publiques permettant un véritable débat démocratique se multiplient. Certains d'entre eux espèrent que la décentralisation des pouvoirs vers les régions rapproche les lieux de décision des citoyens et des citoyennes et favorise leur participation politique, d'autres invoquent les possibilités croissantes des moyens de communication (communications de masse, interactivité de l'Internet et du cyberspace qui accélèrent les communications, multiplient les interactions collectives et rendent les informations disponibles à un très vaste public) pour accroître la participation de citoyens et des citoyennes.

Dans les faits la régulation d'un État démocratique use de plusieurs modalités de prise de décision, selon les événements et les circonstances. La gouverne de l'État et

l'élaboration des politiques publiques est un processus complexe qui engage les citoyens et les citoyennes de diverses manières. Le choix des modalités de participation dépend de la complexité des enjeux en cause, de la nature de la décision, de la capacité à énoncer, à clarifier les tenants et les aboutissants, à formuler une ou des solutions, à négocier et à convenir de compromis.

Le degré d'adhésion à la décision

Tous les conflits ne peuvent pas être résolus par la délibération. Le degré d'adhésion et de satisfaction des citoyens et des citoyennes et des différents groupes d'intérêt concernés par une décision ou une politique dépend des efforts déployés pour atteindre un consensus et de la qualité du consensus atteint.

S'il y a persistance d'options incompatibles ou persistance d'un conflit, quelle que soit la taille du groupe, le vote constitue une modalité ultime de prise de décision. La loi du nombre l'emporte alors sur la possibilité de résoudre le conflit par la délibération, le dialogue et le compromis. Un ensemble limité d'options ou une proposition sera retenue ou rejetée. Dans le meilleur des cas, où tous et toutes ont réussi à exprimer et faire valoir leurs préférences et adhèrent à la décision finale, il y a unanimité. Lorsqu'une décision est prise à la majorité des voix, on dit qu'elle est consensuelle. La minorité perdante, sous réserve qu'elle accepte les règles du jeu se soumet alors au verdict de la majorité. Dans certains cas on peut accepter la dissidence ou le retrait, advenant un désaccord important. On peut aussi garantir un droit de veto à certains groupes pour les protéger de mesures oppressives ou injustes.

Entre l'unanimité, et la majorité simple (50% plus un) la qualité du consensus déterminera la satisfaction des divers groupes d'électeurs et le degré de compromis réalisé. La démocratie se fonde sur un compromis temporaire. La minorité consent à se soumettre parce qu'il y a généralement alternance du pouvoir entre les divers groupes d'intérêt ou encore parce qu'un groupe perdant sur un enjeu peut être gagnant sur un autre. Même les groupes minoritaires conviennent alors que les bénéfices de la coopération et de la coexistence, malgré une perte temporaire et partielle, demeurent encore supérieurs à ceux de l'autonomie. Sans cette conviction, sans l'adhésion aux règles de négociation et de prise de décision, c'est la sécession. Malgré la défaite sur un enjeu particulier le groupe ayant obtenu le suffrage le plus faible sait qu'il a quand même disposé d'une arène pour exprimer sa différence et il sait qu'il détient toujours le pouvoir de participer à la définition du contrat social et qu'il pourra en influencer le

cours, tôt ou tard. Au-delà des divergences, le sentiment d'appartenance à la collectivité et à son mode de régulation demeure intact. 77

La capacité de résoudre les conflits et d'en débattre, le respect des positions divergentes et des minorités, la recherche de compromis voilà ce qui caractérise la participation démocratique. Elle tente de substituer le respect à la violence, sans occulter les conflits et les différences. Elle tente de maintenir la coexistence harmonieuse et la coopération entre des citoyens et des citoyennes détenant les mêmes droits mais qui désirent demeurer des agents libres et autonomes.

L'égalité des droits, des devoirs et des responsabilités ne doit pas générer l'homogénéité et l'uniformisation des opinions, des pratiques et des moeurs. De Tocqueville (dans Jacques, 1995) craignait que la démocratie génère des comportements stéréotypés, monotones et produise une société d'automates, de citoyens et de citoyennes médiocres. L'égalité n'est pas l'abolition de toutes différences, elle doit au contraire préserver les libertés individuelles, la créativité et l'autonomie de chacun.

« L'esprit démocratique repose sur cette conscience de l'interdépendance de l'unité et de la diversité et il se nourrit d'un débat permanent sur la frontière, constamment mobile, qui sépare l'une de l'autre et sur les meilleurs moyens de renforcer leur association » (Touraine, 1994, p.29).

Collégialité et réciprocité des échanges

Au-delà des diverses modalités de participation, la démocratie se fonde sur la réciprocité: chaque citoyen et citoyenne est engagé dans une relation de réciprocité envers chacun des autres. C'est pourquoi nous avons retenu le concept de réciprocité pour évaluer la collégialité du processus de participation démocratique. La réciprocité est ce « qui marque un échange équivalent entre deux personnes, deux groupes, deux choses » (Petit Larousse).

Les interactions sociales peuvent être plus ou moins réciproques et plus ou moins démocratiques. Seul l'échange qui instaure une relation réciproque entre des acteurs égaux est véritablement démocratique.

« L'échange met en présence des acteurs qui, en principe, consentent à céder un bien contre un autre. Nos rapports courants avec les autres nous conduisent à tenter de les convaincre à penser ou même à agir dans un certain sens, on parlera alors d'influence. [...] Mais il est possible d'aller au-delà et de faire intervenir des

éléments de contrainte qui obligent les acteurs à se conformer à certaines exigences ou à certaines règles, on se trouve alors en plein contrôle. Par ailleurs, il n'est pas exclu que ces mêmes acteurs refusent ces contrôles et entrent en conflit avec celui ou ceux qui veulent les leur imposer. Ainsi, l'influence comme le contrôle et le conflit sont des relations sociales au même titre que l'échange » (Bélangier et Lemieux, 1996, p. 27).

La relation est-elle égalitaire, sinon qui contrôle cette relation, qui s'y soumet ou se rebelle? La mesure du degré de réciprocité des échanges est un indicateur de la qualité d'un processus démocratique. Le contrat social est un engagement assorti de responsabilités et de privilèges pour chacun des membres envers chacun des autres membres de la collectivité. La relation démocratique se fonde sur l'échange réciproque, bidirectionnel, égalitaire. Cet échange permet à chacun et à chacune d'influencer équitablement le processus de prise de décision. C'est ce qui caractérise la coarchie pour Lemieux.

« Une structure de pouvoir est coarchique quand tous les acteurs sont prédominants et que chacune des paires d'acteurs est reliée dans les deux sens par un courant de pouvoir positif » (Lemieux, 1989, p.33).

Chacun des citoyens et des citoyennes d'une collectivité démocratique est engagé dans un contrat commun, exerce un même contrôle sur son énonciation, consent à s'engager personnellement et espère en retirer des bénéfices équivalents. La réciprocité se fonde sur l'échange des individus entre eux. Chacun contribue et gagne à participer au processus de prise de décision.

La négociation, la délibération, la formulation de compromis, l'analyse d'une situation dans toute sa complexité requièrent une participation intensive de tous et de toutes, un engagement de chacun à élucider et résoudre les différents conflits. Cette perspective s'oppose à une approche autoritaire. La démocratie n'existe pas sans autorité, mais l'autorité démocratique est consentie par tous. L'autorité unidirectionnelle est le propre des dictatures qui ne reconnaissent aux citoyens et aux citoyennes aucun droit à la réciprocité, ou à la délibération. La démocratie reconnaît comme légitime toute opinion, de chacun des citoyens et des citoyennes.

La typologie que nous avons retenue pour évaluer la réciprocité des modalités de participation s'inspire des échelles proposées par divers auteurs. Elle tient compte des phases d'élaboration des politiques publiques et elle tient compte également de l'intensité du pouvoir détenu sur la décision collective et de la répartition du pouvoir entre les participants et les participantes.

Plusieurs auteurs ont tenté d'évaluer la qualité démocratique de la participation politique en mesurant l'intensité du pouvoir exercé par une personne ou un groupe sur la décision collective. Ils ont construit des échelles de modalités de participation classant ces modalités selon l'intensité du pouvoir exercé par les participants et participantes par rapport à une autorité plus ou moins externe régulant le processus de décision.

On réfère souvent à l'échelle d'Arnstein qui classe les diverses modalités de participation en huit degrés allant de la manipulation par les technocrates jusqu'au contrôle par les citoyens et les citoyennes (Hamilton, 1985). S'inspirant du même principe Bélanger (1987b), retient quatre grands types de participation publique dont l'État fait usage:

- « - l'information: qui permet le support tactique à l'action des groupes;
- la consultation: qui sert à enrichir le processus décisionnel mais n'en fait pas partie comme tel. Celui qui consulte est « éclairé » parce que les autres lui disent mais c'est lui qui prend la décision en bout de ligne;
- la concertation: qui permet aux acteurs de prendre ensemble des décisions stratégiques que chacun applique de façon autonome;
- la cogestion: qui partage le pouvoir opérationnel entre les acteurs »
(p. 7).

Dans ce type d'échelle, plus l'influence exercée est grande, plus le pouvoir est effectif et plus on considère les modalités de participation comme démocratiques.

Pour rendre compte de ces dimensions, nous avons retenu quatre types de participation à la délibération soit: manifester, autoriser, prescrire et transiger. En fait non seulement les participants et participantes doivent contribuer véritablement au processus de prise de décision comme le suggèrent Arnstein et Bélanger qui mesurent la réciprocité de la relation entre les participants et le groupe responsable de soutenir la participation de la population, mais la contribution de tous les participants et participantes doit être égale et équitable.

Ces types d'interactions peuvent correspondre à différentes modalités de participation. Une manifestation peut prendre la forme d'une assemblée publique, d'un avis, d'un mémoire. Les résultats électoraux, les lois, les décrets, les mandats sont des formes d'autorisation. Les prescriptions peuvent prendre la forme d'avis, de recommandations, de suggestions, d'études, d'analyses ou de programmes. Des transactions émergent

une convention, un contrat collectif, une politique publique, sous réserve qu'ils soient autorisés par ceux et celles qui détiennent légitimement le pouvoir. 80

Manifester c'est rendre une information disponible, transmettre une opinion, dénoncer une situation, formuler une requête. Ce type de participation permet de prendre conscience des problèmes qui émergent, mais ne permet pas de contrôler une situation ni de la résoudre. À cette étape la communication est unilatérale. Une personne ou un groupe détenant une information la transmet aux autres. C'est le premier niveau de la communication caractérisé par la transmission d'information, l'expression, la suggestion, la tentative d'influencer l'autre. C'est une phase de diffusion de l'information qui contribue à façonner l'opinion publique et à faire pression sur la collectivité et les décideurs.

Que ce soit sous forme de suffrage universel, ou de délibération au sein de différentes assemblées détenant des pouvoirs publics l'autorisation est un exercice indispensable à la gouvernance démocratique. L'autorisation c'est «donner à quelqu'un la permission, le pouvoir ou le droit de faire quelque chose» (Petit Larousse). La relation d'autorité n'est pas égalitaire, elle requiert la soumission. Si la démocratie ne peut exister sans autorité elle repose sur une autorité consentie par tous et toutes et sur la participation de tous les citoyens et les citoyennes à la constitution de cette autorité.

Quand un problème est reconnu comme public, il est pris en charge par l'État et les décideurs. Dans le cas de l'émergence d'une politique publique les décideurs qui contrôlent l'agenda politique vont retenir ce problème comme relevant du contrat collectif et vont mettre en scène un processus de délibération relativement à cet enjeu. Les décideurs contrôlent les enjeux faisant l'objet des négociations. Les décideurs participent à la décision et au commandement, ils autorisent et administrent la gouvernance. C'est une relation d'autorité qui transmet des ordres, commande, contrôle. La participation à la décision quelle qu'en soit la forme rend effectif un projet, génère sa mise en forme, suppose un passage à l'acte, le contrôle d'une situation ou d'un événement.

Le suffrage universel est également un processus de décision où tous les citoyens et citoyennes «autorisent» ensemble un parti à diriger temporairement les destinées de la collectivité, légitimant ainsi les décisions qu'ils prendront en matière d'élaboration des politiques publiques.

La prescription est légitimée par la détention de renseignements, de connaissances et d'expertises spécifiques et différenciées. Le conflit émerge de la diversité et de la spécialisation des points de vue, repose sur l'invocation d'une légitimité détenue par une seule des parties en cause. Chacune des parties invoque une légitimité qui lui est propre, que ne détient pas les autres groupes et qui n'est pas nécessairement reconnue par ces autres groupes. La prescription, bien qu'elle ne soit pas un ordre, recommande une ou des solutions à partir d'une analyse experte d'un problème. Cette recommandation peut être rejetée ou adoptée par le destinataire.

La prescription invoque également la raison et la logique. Elle se fonde sur une quête de vérité détenue par l'ensemble des points de vue en présence. Les différents points de vue génèrent des conflits, des divergences mais il peut être convenu qu'une analyse suffisamment complète des données et de l'information puisse permettre de réduire ces divergences par la triomphe de la raison. C'est l'approche technocratique, corporatiste ou sectionnelle des problèmes collectifs.

Transiger signifie étymologiquement mener une opération à son terme, «conclure un arrangement par des concessions réciproques [...] abandonner une partie de ses exigences relativement à quelque chose»(Petit Larousse). La transaction implique que les bénéfices et privilèges associés à cette transaction soient négociables. Une transaction est un accord obtenu par des concessions mutuelles qui profite également aux deux parties. Elle se fonde sur un échange consenti mutuellement. La transaction requiert que chacune des parties en comprenne bien les enjeux. Elle requiert négociation, délibération, concession et partage des bénéfices escomptés de l'échange. Ce type d'interaction est le plus égalitaire et réciproque.

Dans un véritable processus démocratique tous les citoyens et les citoyennes «manifestent» leurs intentions et leurs opinions, décident des enjeux collectifs et «autorisent» la mise à l'agenda public de ces enjeux, «prescrivent» les solutions pour résoudre les problèmes collectifs, et finalement participent à l'élaboration du consensus, à la résolution des conflits par l'adoption de compromis réciproques en «transigeant» les uns avec les autres. La collégialité démocratique requiert une véritable délibération et permet à tous les membres de la collectivité de participer à toutes les étapes du processus de négociation et d'adhérer au compromis énoncé.

Critères et échelles de la participation démocratique

La démocratie repose sur un projet de société et le processus de participation démocratique génère un contrat collectif en perpétuelle renégociation. L'espace démocratique, l'aire de négociation est sujette à une régulation constante par l'ensemble des citoyens et des citoyennes. La régulation de l'État et de son mode d'organisation est le premier devoir démocratique des citoyens et des citoyennes qui doivent s'assurer du maintien de leurs droits, de la protection de leurs libertés et d'une répartition équitable entre eux des pouvoirs, devoirs et responsabilités publics.

Pour analyser la qualité d'un processus démocratique on doit questionner le processus de participation sous l'angle de la civilité, de la souveraineté, de la légitimité et de la collégialité qui sont des conditions essentielles à l'exercice de la démocratie. C'est pour mieux comprendre le processus de construction démocratique que la prochaine section propose l'analyse multidimensionnelle de la participation dans le cadre de la participation régionale à la planification des services de santé mentale.

Le tableau suivant rappelle les critères et les typologies retenues dans le cadre de la présente recherche.

Tableau 2: Critères et typologies de la participation démocratique

Phases\Critères	cohésion	autonomie	représentativité	réciprocité
Affiliation	anarchie	incitatif	populationnelle	manifester
Constitution	libéralisme	constitutif	politicienne	autoriser
Institution	corporatisme	prescriptif	sectionnelle	prescrire
Délibération	social-démocratie	allocatif	individuelle	transiger

PARTIE TROIS: DU PARTENARIAT EN SANTÉ MENTALE À LA DÉMOCRATIE FONCTIONNELLE

La Politique de santé mentale (1989) confiait aux conseils régionaux la responsabilité de réaliser des plans d'organisation de services «pour consolider un véritable partenariat». C'est en détenant ce mandat spécifique que les conseils régionaux se sont lancés dans la planification participative. En quoi et comment cette démarche a-t-elle pu rencontrer les exigences de la participation démocratique et les espérances énoncées à l'égard de la participation des citoyens et des citoyennes à l'administration des services sociosantaires?

Comme Billette, White et Mercier (1995), qui ont étudié le processus dynamique d'instauration du partenariat en santé mentale, nous croyons qu'il faut dépasser une simple logique de succès ou d'échec pour évaluer cette nouvelle pratique et qu'il faut plutôt s'attarder à en saisir les conditions d'exercice.

« Cette approche permet ainsi de sortir du discours de réussite et d'échec qui veut juger le partenariat avant même d'en avoir compris et expliqué la dynamique et les modalités de fonctionnement. En se référant à un modèle d'action, ce deuxième mode d'évaluation permet aussi de mieux comprendre l'institutionnalisation des nouvelles pratiques sociales qui émergent du modèle partenarial » (p.17).

Pour Thuot (1994), si l'on assiste à un éclatement des formes de la participation démocratique, incluant la participation de groupes d'intérêt et de corporations à l'administration publique, ces pratiques s'inscrivent selon lui, dans de nouvelles formes de «démocratie fonctionnelle» qui déplacent les lieux de la négociation, modifient les enjeux de cette négociation et interpellent d'autres acteurs. Ces nouvelles formes de participation démocratique contribuent à redéfinir la frontière entre la société civile et l'État.

« L'hypothèse suivante nous paraît plus féconde: et si, au contraire, cet éclatement favorisait la consolidation de nouvelles modalités de régulation de la société? Mais ces modalités n'auraient plus l'État pour centre. Elles supposeraient la substitution de la fonction traditionnelle de gouverne politique par une fonction technico-administrative d'arrimage et d'ajustement pragmatique entre des sous-systèmes sociaux autonomes, autoréférentiels » (Thuot, 1994, p.94).

sous-systèmes sociaux autonomes, autoréférentiels » (Thuot, 1994, p.94).

Si l'on peut considérer le processus de participation à la planification régionale des services de santé mentale en Montérégie comme l'une de ces nouvelles formes de « démocratie fonctionnelle », nous croyons utile d'en explorer les conditions d'exercice et c'est ce que nous nous proposons de faire dans la présente recherche. Est-ce que ce type de pratique rencontre les exigences de la participation démocratique? Contribue-t-elle à soutenir une démocratie en santé, ou au contraire profite-t-elle à certains groupes ou à certaines corporations au détriment des intérêts des citoyens et des citoyennes comme le croit Godbout (1991)?

La réalisation des plans régionaux d'organisation de services en santé mentale (PROSSM) s'inscrit dans la phase d'implantation de la *Politique de santé mentale*. Non seulement le mandat confié aux conseils régionaux est-il limité à un secteur d'activité publique, non seulement sont-ils subordonnés, dans une perspective hiérarchique au ministère de la Santé et des Services sociaux, mais les enjeux négociables sont limités à la phase d'implantation d'une politique publique.

L'élaboration d'une politique publique constitue une modalité particulière de régulation de la vie collective. Lorsqu'une situation est reconnue comme problématique, émerge alors une demande d'intervention de l'État qui se charge ensuite de formuler une politique publique et de voir à son application. C'est ainsi que ce qui est du domaine privé est intégré au contrat public et à l'aire de négociation collective. Lemieux (1994) retient trois étapes d'élaboration des politiques publiques: l'émergence, la formulation et la mise en oeuvre. «C'est à travers ces processus que les acteurs cherchent à contrôler, à leur avantage, les régulations que sont les politiques publiques » (Lemieux, 1994, p. 108). Vincent Lemieux définit ainsi ces trois étapes d'émergence, de formulation et de mise en oeuvre:

« On entend généralement par émergence des politiques le processus selon lequel des situations perçues comme posant des problèmes publics sont mises à l'agenda du gouvernement ou d'une autre instance officielle dans un but de régulation (p. 113).

Il y a formulation d'une politique quand des mesures visant à réguler les situations mises à l'agenda sont élaborées puis finalement adoptées par l'instance compétente en ce domaine (p. 116).

Une politique qui a été élaborée et finalement adoptée est mise en oeuvre quand des mesures de régulation sont effectivement appliquées aux situations qui font problème » (p. 119).

relevant de l'autorité d'un ministère qui ne constitue qu'un des secteurs d'activité gouvernementale. La réalisation des plans régionaux relevait d'un mandat formulé dans le cadre d'une politique publique, soit la *Politique de santé mentale* et les pouvoirs des conseils régionaux étaient limités à la phase d'implantation et de mise en oeuvre de cette politique. Considérant ces limites l'évaluation de la participation à la planification régionale a requis une certaine adaptation du modèle présenté précédemment pour tenir compte d'une réalité «constitutionnelle» particulière relative à l'étude de cas.

Nous avons donc analysé l'émergence de la demande d'intervention publique en santé mentale, la formulation du mandat confié aux conseils régionaux, la structuration du processus de participation et les modalités de délibération dans le cadre de la planification régionale des services de santé mentale en Montérégie afin d'évaluer la qualité démocratique du processus de participation. Les quatre phases retenues pour l'étude de cas reflètent les quatre phases du processus de participation démocratique que nous avons explorées dans les chapitres précédents, soit l'affiliation, la constitution, l'institution et la délibération.

1. L'énonciation du projet collectif correspond à la phase d'affiliation. Elle consiste à manifester la demande d'intervention publique, à définir les rapports qu'entretient la citoyenneté avec la santé mentale et à exprimer les fondements éthiques et idéologiques de cette intervention. Dans le cas de la santé mentale, bien que cette demande ait évolué sur plusieurs décennies, l'analyse des documents qui ont précédé la publication de la *Politique de santé mentale* permet d'en cerner les fondements épistémologiques, éthiques et idéologiques. L'évolution de la notion de santé mentale est étroitement liée à l'évolution de la demande d'intervention publique. Cette demande est fondée sur un ensemble de valeurs et témoigne d'une « idéologie démocratique » particulière.

2. La formulation de la politique et du mandat des conseils régionaux correspond à la phase constitutionnelle. C'est au cours de cette phase qu'ont été circonscrits les pouvoirs publics détenus par le système de gouverne du secteur de la santé mentale, c'est-à-dire par le MSSS et par les conseil régionaux qui sont ses mandataires. L'analyse de cette phase permet de circonscrire l'autonomie régionale en matière de planification des services de santé mentale. Les pouvoirs régionaux en santé mentale ont été octroyés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux par la *Politique de santé mentale*, publiée en 1989 et sont également circonscrits par la *Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux*.

3. La structuration du processus de participation régionale est la troisième phase qui correspond à la phase institutionnelle. Après avoir pris connaissance de leur mandat les conseils régionaux ont dû mettre en place leur comité tripartite et structurer l'ensemble du processus de participation en tenant compte des directives ministérielles. Ils étaient mandatés pour instituer «un véritable partenariat». L'analyse de la phase de structuration de la participation permet d'identifier les acteurs en présence ainsi que leurs intérêts et d'évaluer la représentativité du comité tripartite et des structures qui ont contribué à la réalisation du plan d'organisation de services en santé mentale en Montérégie.

4. La phase de négociation est la phase suivante, qui correspond à la phase de délibération. C'est au cours de cette phase que les participants et participantes ont négocié entre eux et « tenté de rendre leurs préférences effectives ». C'est la phase d'élaboration du plan d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie qui a mis en scène de nombreux participants et participantes selon diverses modalités de participation. Toutes ces modalités ont suscité des délibérations plus ou moins intensives et plus ou moins collégiales. L'analyse de cette phase permet d'étudier la contribution des différentes structures et des différents groupes d'intérêt au processus d'élaboration du plan afin d'évaluer la réciprocité des interactions et des échanges entre les participants et les participantes.

C'est à partir de ces quatre phases que nous avons tenté de mieux comprendre les conditions favorables et les limites de la participation démocratique dans le cadre de la planification régionale des services en santé mentale de la Montérégie. Nous croyons que cette étude de cas pourra nous éclairer sur les conditions de réussite et les difficultés inhérentes à la participation démocratique des citoyens et des citoyennes à l'administration publique. Nous allons donc suivre au fil des prochaines pages le processus de « construction démocratique » à partir de l'émergence et de la formulation de *la Politique de santé mentale* jusqu'aux phases de structuration et de négociation du plan régional d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie.

Un nouveau contrat social

L'affiliation est la première phase de la construction démocratique. Le processus d'affiliation est celui par lequel hommes et femmes sont intégrés et adhèrent à un projet commun qui repose sur une identité partagée, des objectifs et des valeurs communes. Dans le cadre d'un projet démocratique la demande d'intervention publique cherche à concilier et à incarner les valeurs fondatrices de la démocratie: liberté, solidarité, égalité et justice. Ce projet s'élabore dans l'univers culturel et s'incarne ensuite au sein de l'État auquel seront confiés l'ensemble des problèmes reconnus comme publics. Ce qui est projet collectif à la phase d'affiliation va devenir contrat collectif lors de la phase constitutionnelle.

Un problème devient public quand émerge un consensus quant à la nécessité de l'intervention de l'État pour réguler ce problème. La construction d'un problème public contribue à redéfinir le contrat collectif qui sera pris en charge par L'État. C'est à partir d'une vision commune du projet collectif que s'élabore la frontière entre le civil et le public et c'est à partir de cette vision que sont précisées les responsabilités mutuelles des citoyens et des citoyennes au sein d'un État démocratique.

Dans le cadre de la présente étude de cas, nous allons nous pencher en premier lieu sur la phase d'énonciation du projet collectif. Quels ont été les fondements de la demande d'intervention publique dans le secteur de la santé mentale au Québec? Quelles étaient les valeurs fondatrices et les idéologies de référence? L'idéologie dominante supportait-elle le degré de cohésion nécessaire à la pratique démocratique?

Nous verrons que non seulement le secteur de la santé mentale s'est constitué en un champ de plus en plus vaste et est devenu un problème public de plus en plus important, mais que la constitution de ce champ d'intervention publique reposait sur la rédefinition de la citoyenneté et du rôle de l'État autant que sur une demande explicite de démocratisation des rapports sociaux. C'est sur des valeurs démocratiques, reconnaissant à tout citoyen et citoyenne le droit de participer activement à la société, qu'était fondée la demande d'intervention publique dans le secteur de la santé mentale, en même temps que la demande de démocratisation des services devenait un objectif en soi de l'administration des services du même secteur.

Nous nous intéresserons plus particulièrement à la définition de la santé mentale et aux rapports qu'entretient cette définition avec la civilité et la citoyenneté. C'est sur la définition de la santé mentale que repose la délimitation des responsabilités respectives de la société civile et de l'État dans ce secteur d'activité. Nous verrons qu'à plus d'un égard l'évolution du champ de la santé mentale s'inscrit au coeur d'un véritable projet de société démocratique.

Annoncée dès le début des années 80, la Politique de santé mentale est issue d'un long processus. Les avis du Comité de la santé mentale, dont un en particulier portant sur la définition de la notion de santé mentale, ont contribué à la construction du secteur de la santé mentale au cours des années 80 et à la délimitation des responsabilités publiques dans ce secteur. Deux projets de politique ont précédé la publication officielle de la Politique de santé mentale. Le premier projet rédigé en 1986 par la direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services *sociaux* *La santé mentale: à nous de décider* insistait sur la démocratisation des services, sur la notion élargie de santé mentale et sur la reconnaissance du réseau communautaire. À son arrivée en poste Mme Lavoie-Roux demandait une nouvelle proposition de politique à un comité de travail présidé par le Dr Harnois. Cette version publiée en 1987 a fait l'objet d'une vaste consultation dans le cadre des travaux d'une commission parlementaire. Finalement la Politique de santé mentale a été publiée à l'hiver 1989. Chacune des étapes qui ont précédé la publication de la Politique a contribué à la construction du secteur de la santé mentale, à l'élaboration de la demande d'intervention publique et à la redéfinition des rapports entre l'État et la société civile québécoise dans ce secteur d'activité. Tous ces travaux, ont suscité de multiples débats publics et ont mobilisé plusieurs acteurs qui ont participé à l'une ou l'autre des consultations menées soit par le Ministère, soit par le Comité de la santé mentale ou encore en Commission parlementaire au cours de la décennie quatre-vingt.

Après avoir retracé brièvement le développement du secteur d'intervention publique en santé mentale au cours du début du siècle jusqu'aux années 1980, nous étudierons plus particulièrement trois textes, qui ont marqué l'évolution du champ de la santé mentale pendant les années 80. Il s'agit de l'avis du Comité de la santé mentale: *De la biologie à la culture*, du *Rapport Harnois* et finalement de *la Politique de santé mentale* elle-même. Chacun de ces textes a mobilisé sous une forme ou une autre (enquêtes, sondages, commission, consultations) de nombreux groupes d'acteurs et est à ce titre le reflet d'une certaine évolution culturelle et idéologique quant à la définition de la frontière entre la société civile et l'État dans le secteur de la santé mentale.

De la folie à la santé mentale

La demande d'intervention de l'État, telle qu'exprimée dans la Politique de santé mentale est le fruit d'une longue évolution. Plusieurs modèles conceptuels se sont succédés au cours du XX^e siècle. Chacune des conceptions de la santé mentale reposait sur une idéologie, sur des connaissances et sur des convictions particulières. Boudreau (1984) a retracé la succession des discours et des valeurs prônés par différents groupes qui ont lutté pour dominer le champ d'intervention en santé mentale et pour faire valoir leurs préférences idéologiques, théoriques, économiques ou politiques au cours du XX^e siècle. Tous ces groupes qui luttait entre eux, ont compté sur l'État pour sanctionner leur pouvoir et asseoir leur domination.

Le début du siècle a vu se développer les asiles qui hébergeaient des « fous ». La pratique asilaire visait à protéger les personnes les plus vulnérables et indigentes dans une perspective «charitable». Ces asiles étaient pour la plupart la propriété de communautés religieuses, et l'État a, peu à peu pris, en charge le financement de ces organisations.

Au début des années soixante les conditions de vie dans ces établissements ont été dénoncées. Rédigé par Jean-Charles Pagé (1961), un ouvrage intitulé *Les fous crient au secours* alarmait l'opinion publique et interpellait les politiciens. La Commission Bédard a été alors mandatée pour évaluer la situation et a produit un rapport exigeant la réorganisation des services psychiatriques. C'est ainsi que l'approche psychiatrique s'est substituée «aux prières, aux menaces et aux promesses». C'est à partir de cette période que les psychiatres ont dominé la scène, pour un temps, considérant et traitant la maladie mentale comme toute autre maladie, dans une perspective médicale.

Au cours des années 70, la psychiatrie de secteur, les équipes externes et multidisciplinaires sont apparues. Tous les hôpitaux généraux ont dû se doter de départements de psychiatrie puisque «la maladie mentale est une maladie comme une autre». Les asiles qui avaient jusqu'alors connu une croissance continue perdent leur crédibilité publique et sont progressivement remplacés: c'est l'ère de la désinstitutionnalisation. Plusieurs milliers de personnes internées ont été réintégrées à la communauté au cours des années 70 et 80.

Au cours des années 80 l'hégémonie des psychiatres a été contestée par l'émergence d'une conception plus sociologique des problèmes de santé mentale. Selon cette conception, la société et l'entourage des personnes sont responsables de l'apparition des problèmes de santé mentale, de la marginalisation et de l'exclusion des personnes dont les comportements sont étiquetés comme déviants. Plusieurs courants ont contribué à l'émergence de cette nouvelle perspective.

L'antipsychiatrie a ébranlé l'approche dominante en psychiatrie. La remise en question du modèle psychiatrique était alors supportée par un courant international. Laing et Cooper en Angleterre, Szasz aux États-Unis, Basaglia en Italie ont ébranlé le modèle psychiatrique. Ils considéraient la maladie mentale comme une production sociale des classes dominantes cherchant à imposer leurs valeurs et à marginaliser toute forme de déviance. Ce courant inspira, du moins en partie, la socialisation de la santé mentale au Québec. Ce modèle amenait une nouvelle compréhension des déterminants sociaux de la maladie mentale, des liens qu'elle entretient avec les valeurs, les normes et l'environnement socioculturel.

L'hégémonie des psychiatres a également été contestée par les autres professionnels qui oeuvraient dans le champ de la santé mentale au Québec; certains intervenants et intervenantes formés en psychologie, travail social, sociologie ou en sciences infirmières ont dénoncé la domination des psychiatres et ont contribué à la remise en question du modèle médical.

« les nouveaux rebelles sont les professionnels syndiqués des Affaires sociales - psychologues, travailleurs sociaux, infirmières, ergothérapeutes et autres qui dénoncent le monopole des psychiatres [...] Ce sont aussi les psychiatrisés qui ne crient plus au secours mais s'organisent et gagnent même quelques points sur la scène psycho-politique » (Boudreau, p.215).

C'est au cours des années 80 que les ressources alternatives en santé mentale se sont développées et multipliées. Le mouvement communautaire proposait une approche alternative des problèmes de santé mentale. Des groupes de personnes et de parents se sont portés à la défense des droits et ont réclamé plus de pouvoirs pour les personnes ayant des troubles de santé mentale. Cette nouvelle perspective proposait une vision «positive» de la santé mentale. Les ressources alternatives et communautaires en santé mentale, regroupées en associations régionales et provinciales, ont soutenu la reconnaissance des droits des personnes et leur intégration sociale. L'approche alternative contestait la dépendance dans laquelle les professionnels maintenaient les personnes «psychiatrisées» dans la relation thérapeutique de «prise en charge de la

clientèle». Elles réclamaient l'autonomie des personnes et exigeaient la reconnaissance de leur droit et de leur capacité à décider de leur vie. C'est dans une perspective «d'empowerment» plutôt que de soumission et de normalisation des problèmes de santé mentale que la relation entre les intervenants et les clients devrait plutôt s'élaborer. La relation devrait être marquée par l'égalité et la solidarité plutôt que par la dépendance à une autorité et aux experts. Ce nouveau discours valorisait à la fois la responsabilisation des individus et de la communauté, l'exploitation du potentiel des individus face aux problèmes de «mal-vie», la restauration et le maintien de la santé mentale.

Au cours des années 80, la socialisation et l'élargissement de ce champ d'action publique s'est poursuivie avec un intérêt croissant pour la promotion de la santé mentale des «groupes à risque» et de toute la population. Le maintien d'un réseau social de soutien est reconnu comme «facteur tampon» et comme facteur préventif des problèmes de santé mentale et l'intégration sociale de tous les citoyens et de tous les citoyennes est considérée comme une condition déterminante d'une bonne santé mentale. L'État s'intéressait alors, non seulement à la restauration de la santé mentale des personnes ayant des problèmes mais s'engageait dans la protection, le développement et la promotion de la santé mentale de toute la population¹⁰.

C'est ainsi qu'au cours du XX^e siècle la folie est devenue maladie mentale, puis problème de santé mentale. D'exclus et de marginalisés les «fous et les indigents» que l'État prenait en charge tant pour les protéger que pour protéger la société, sont devenus progressivement des citoyens et des citoyennes à part entière, qui doivent participer au projet collectif. Au cours de cette période le rôle de l'État évoluait en passant successivement de la protection des «indigents» à la lutte contre l'exclusion des «malades mentaux» pour s'engager finalement dans la promotion de la santé mentale de tous les citoyens et les citoyennes en encourageant leur participation à la vie communautaire, sociale et publique.

L'élargissement de la notion de santé mentale caractéristique des années 80 est reflété dans les divers documents précurseurs de la politique de santé mentale.

¹⁰ Au cours des années 90 tout le secteur de la promotion de la santé publique, incluant la promotion de la santé mentale, va connaître une popularité croissante jusqu'à ce que les contraintes budgétaires conjuguées au néolibéralisme remettent en cause ce nouveau modèle.

Plus la notion de santé mentale s'élargissait, moins l'État pouvait assumer à lui seul cette responsabilité. L'élargissement de la notion de santé mentale imposera la redéfinition des responsabilités individuelles et collectives dans ce secteur. L'État va encourager tant pour des raisons idéologiques qu'en raison de contraintes économiques la responsabilisation des personnes et des communautés à l'égard de leur propre santé mentale. C'est à cette tâche que vont s'atteler plusieurs groupes d'intérêt tout au long du processus d'élaboration de la Politique de santé mentale au cours de années 80.

L'élargissement de la notion de santé mentale

L'avis du Comité de la santé mentale: *La santé mentale: de la biologie à la culture*, publié en 1985, a eu une influence déterminante sur la délimitation du domaine d'intervention publique en santé mentale en définissant la santé mentale en tant que problématique bio-psycho -sociale. La proposition du comité, reprise dans le rapport Harnois et dans la *Politique de santé mentale*, marquait très clairement le passage vers une idéologie plus sociale de la conception de la santé mentale et de la définition des responsabilités civiles et publiques.¹¹ D'emblée les auteurs se sont situés dans le vaste courant qui a contribué à élargir le champ de la santé mentale, comme celui de la santé en général, au cours des dernières décennies.

« Cette ouverture du champ que manifeste le passage de la notion de maladie psychiatrique à celle de santé mentale n'est pas spécifique aux pays occidentaux [...] On note une tendance similaire dans le champ de la santé générale, comme en témoigne la redéfinition des objectifs poursuivis par l'Organisation mondiale de la santé » (p.1).

¹¹ Créé en 1971 et composé d'une quinzaine de personnes, le Comité de la santé mentale, dont les membres sont nommés par le gouvernement du Québec «a pour mandat général de coopérer à la réalisation des activités de planification dont le ministère des Affaires sociales a la responsabilité dans le champ de la santé mentale (Corin et al, 1985)». En 1982 afin de préparer la rédaction d'une politique en santé mentale le Comité de la santé mentale a été chargé de rédiger cinq avis portant sur «la notion de santé mentale, les ressources alternatives en santé mentale, l'efficacité de la prévention, du traitement et de la réadaptation en santé mentale, la protection et le développement de la santé mentale des jeunes et sur certains systèmes étrangers de services de santé mentale». La préparation de ces documents a mis à contribution «tout le secteur des Affaires sociales, des universités, des groupes bénévoles, des ressources alternatives et de la population en général (Comité de la santé mentale, Corin et al, 1985)». Ces avis ont suscité la participation de nombreux acteurs et ont alimenté la réflexion et les débats publics dans le champ de la santé mentale tout au long des années 80.

Le comité s'inscrivait dans cette perspective tout en reconnaissant que plus la notion de santé mentale s'élargirait plus il deviendrait difficile d'en cerner les contours et de départager les responsabilités individuelles et collectives dans le secteur de la santé mentale.

« Nous retenons deux implications de ce mouvement d'ouverture,
 - il devient plus difficile d'établir une démarcation nette entre santé et maladie;
 - de l'autre, le lieu de ce départage n'est plus situé dans l'individu seul mais implique la manière dont opère la rencontre entre l'individu et son milieu » (p.3).

Le comité déplorait que la pratique publique jusqu'à maintenant se soit limitée aux problèmes de santé mentale les plus importants, soit ceux concernant les «services curatifs de 2^e ligne» et ait négligé de développer des approches créatives et novatrices, faute d'une véritable compréhension de la problématique de la santé mentale.

« Au niveau de l'action, et plus particulièrement à celui du développement des services de santé mentale, la méconnaissance de l'étendue et des frontières du secteur de la santé mentale a pu favoriser la concentration des services autour d'activités se situant de façon certaine dans ce domaine, au détriment du développement d'interventions plus créatrices ou plus diversifiées [...] Une plus grande précision du concept de santé mentale pourrait ainsi vraisemblablement faciliter la diversification et l'orientation des interventions et des services dans le domaine de la santé mentale » (p. 9).

Le comité espérait que l'élargissement de la notion de santé mentale permettrait l'exploration de programmes de prévention et de promotion de la santé mentale destinés à l'ensemble de la population.

Dans une enquête sur la définition de la notion de santé mentale et des facteurs qui en sont responsables, commandée par le Comité de la santé mentale et menée auprès d'une vingtaine de groupes sociaux, on constatait la diversité des points de vue et des préoccupations des groupes; la position, «les ancrages» sociaux et culturels, de chacun des groupes interrogés colorait leur compréhension et leur définition de la santé mentale. Toutefois un consensus se dégagait parmi tous les groupes interrogés qui reconnaissaient l'importance des facteurs sociaux associés à la santé mentale et souscrivaient en majorité à «l'élargissement des préoccupations vers le contexte social» pour améliorer la santé mentale des individus et de la population.

En rapportant les résultats d'une revue de littérature, dans laquelle étaient explorés les trois axes biologique, développemental et contextuel, le Comité penchait en faveur

d'une perspective systémique visant l'intégration des différents modèles et des différentes approches théoriques dans le champ de la santé mentale.

« Nous avons choisi de privilégier une définition interactive de la santé mentale. Cette dernière se situe à la rencontre, toujours variable, entre conditions biologiques, de développement et contextuelles [...] Les dimensions sont essentiellement complémentaires, même si les recherches reflètent encore souvent une approche dichotomique des dimensions biomédicales d'une part, psychosociales de l'autre » (p.128,131).

Le Comité de la santé mentale proposait une vision globale, systémique, interactive de la santé mentale. Les diverses conceptions pratiques et théoriques n'étaient pas présentées comme contradictoires mais plutôt comme complémentaires. La santé mentale était donc définie comme le produit du dynamisme culturel et de la compréhension qu'en ont diverses communautés. Le comité rejetait tout dogmatisme et inscrivait la notion de santé mentale dans la diversité, la mouvance et le dynamisme des diverses communautés composant la société québécoise.

« De manière générale on peut dire que la santé mentale est à comprendre comme une tension, une perspective qui demande certaines conditions pour pouvoir s'actualiser de manière optimale; on ne peut la cerner comme un contenu définissable à priori et à partir duquel on pourrait porter un jugement sur l'état de santé mentale d'individus ou de groupes » (p.129).

Afin d'échapper à une vision unidimensionnelle, corporatiste, normative ou professionnelle de la santé mentale, c'est avec prudence que le Comité tentait tout de même de clarifier le domaine de la santé mentale, conscient qu'il était des risques d'une définition trop formelle.

« Considérant à la fois les pièges et les avantages que recèle une définition de la santé mentale, il nous a paru essentiel que la démarche adoptée permette de dessiner les contours et les articulations principales du champ, plutôt que de se limiter à proposer une définition statique de ce qu'est ou n'est pas la santé mentale. Cet Avis est dès lors davantage orienté vers la définition d'une problématique, celle de la santé mentale, que vers celle d'un contenu comme tel » (p.9).

Le Comité refusait de rédiger une définition unidimensionnelle et statique de la santé mentale. Il était cependant conscient des implications de l'élargissement du champ de la santé mentale sur la répartition des responsabilités entre l'État, la société civile et les individus. Les auteurs nous mettaient d'abord en garde contre les risques d'une conception élargie de la santé mentale, qui pouvait accroître les responsabilités de l'État

et des professionnels au détriment de l'autonomie des personnes et du dynamisme communautaire et rendre la population dépendante de l'État et de ses technocrates

« Ainsi, si la tendance à déléguer la responsabilité de ses problèmes n'est pas remise en cause en même temps que l'on élargit le champ couvert on risque de générer une augmentation de la dépendance à l'égard des services et des gouvernements » (p.8).

Assumer des responsabilités à l'égard d'un secteur plus large, tout en reconnaissant et en soutenant l'action communautaire et civile, voilà le défi que devait relever l'État en révisant son rôle et ses façons de faire, selon le Comité de la santé mentale.

« Si le champ potentiellement lié à la santé mentale paraît immense et peut-être illimité, il s'agit sans doute moins, dans une perspective de santé mentale, de mettre en place toute une gamme de services couvrant l'ensemble de ces champs que de soutenir et d'encourager les actions qui émanent d'autres sources » (p. 136).

Cette restructuration du mode d'intervention de l'État, dans le contexte où le secteur d'intervention en santé mentale prenait des proportions considérables était nécessaire pour éviter la «psychiatisation», la professionnalisation ou la technocratisation de ce secteur d'activité public. Afin d'éviter de sombrer sur ces écueils l'État devait se préoccuper davantage de soutenir l'action communautaire et l'autonomie des personnes. Il devait:

« se demander quelles sont les structures les plus appropriées de prise en charge et comment répartir et diversifier les responsabilités et les compétences [...] il faut s'attacher à repérer et éventuellement soutenir des mécanismes spécifiques que mettent en place des groupes ou des milieux pour tenter d'aménager leurs problèmes ou les résoudre » (p.105).

Cette nouvelle perspective requérait une révision en profondeur non seulement du rôle et des objectifs de l'État dans le champ de la santé mentale mais également une redéfinition du rôle de tous les acteurs sociaux, qu'il soit question des personnes elles-mêmes, de leur communauté d'appartenance ou des intervenants et des intervenantes, tous sont concernés et responsables. De nouveaux acteurs sont également interpellés. D'autres secteurs d'activité doivent dorénavant s'impliquer dans la protection de la santé mentale de la population. Dans «une optique de santé mentale» plutôt que de maladie mentale on suggérait de modifier les pratiques sur trois plans:

« au niveau d'un changement de point de vue, dans la mesure où les personnes, les groupes, les communautés ne sont plus seulement perçus comme des sources des problèmes mais comme possédant des dynamiques propres qu'il est important de chercher à connaître, comprendre et promouvoir;

au niveau d'un élargissement des catégories d'acteurs impliqués tant par rapport à l'objet sur lequel on intervient [...] que par rapport aux acteurs de l'intervention, les professionnels ne représentant qu'une des catégories d'intervenants possibles; l'établissement de mécanismes de complémentarité demande que soient définies avec précision les limites et les compétences de chacun;

au niveau d'une diversification des niveaux d'intervention à concevoir, individuel, communautaire, social » (p. 136).

L'élargissement de la notion de santé mentale a donc eu un impact considérable autant sur la définition des « clientèles-cible », que sur le choix des pratiques professionnelles ou communautaires et sur la délimitation des responsabilités respectives de l'État et de la société civile. L'élargissement de la notion de santé mentale impliquait de considérer la santé mentale non pas seulement des personnes, mais des groupes à risque et de la population en général. Au niveau des modèles d'intervention, l'élargissement de la notion de santé mentale impliquait de reconsidérer la façon d'intervenir auprès d'une personne ou auprès d'un groupe: plusieurs regards théoriques pourraient ainsi se superposer et se compléter. L'élargissement de la notion de santé mentale impliquait finalement de redéfinir la répartition des responsabilités entre les personnes, leur famille, leur communauté et l'État.

La notion de santé mentale est ainsi devenue si large qu'elle affecte et concerne tous les citoyens et les citoyennes et les rapports qu'ils entretiennent entre eux dans la société civile et avec l'État. C'est à la définition de ce nouveau « partenariat » que s'est ensuite attaqué le Comité Harnois.

Partenariat, société civile et responsabilités publiques

En juin 1986 Mme Lavoie-Roux confiait à un comité de travail, sous la direction d'un psychiatre, le docteur Gaston Harnois, la tâche de rédiger un projet de politique en santé mentale. Le projet de politique a été publié par le Ministère en 1987, sous le titre *Pour un partenariat élargi: Projet de politique de santé mentale pour le Québec*.

Le comité Harnois constatait que trois principaux débats dominaient à l'époque la scène de la santé mentale et généraient confusion et conflits. Ces débats étaient tous reliés à l'élargissement de la définition de la santé mentale et au changement de perspective qui en découlait.

Le premier de ces débats portait sur la recherche du modèle d'intervention le plus susceptible d'intégrer les dimensions biologique, psychologique et sociale de la santé

mentale des personnes, le second débat concernait la délimitation et le partage des responsabilités publiques, parce que «l'élargissement du champ de la santé mentale amène beaucoup de confusion dans la détermination précise des rôles et des fonctions des professionnels et non-professionnels, des services de santé, des services sociaux et des services communautaires de même que les autres secteurs» (p.20). Le troisième débat portait sur

« l'articulation et la cohérence des modalités organisationnelles des soins et des services et s'inscrit comme le résultat de l'expansion des services traditionnels, de la création et de l'émergence de nouveaux services et de nouvelles ressources » (p. 20).

Afin d'apporter une réponse à ces questions le Comité Harnois a redéfini et précisé la notion de santé mentale qu'il a « recentrée sur la personne ». Il s'est ensuite attardé à définir le partenariat qui implique largement la société civile. La *Politique de santé mentale* en 1989 reprendra les principales orientations du *Rapport Harnois* mais précisera en outre les responsabilités des conseils régionaux, du ministère de la Santé et des Services sociaux et du gouvernement dans le secteur de la santé mentale.

Le projet de politique s'articulait autour de deux pôles annoncés dès l'introduction du document: recentrer la politique de santé mentale sur la personne aux prises avec des problèmes de santé mentale et interpeller tous les citoyens et les citoyennes en tant que responsables de leur propre santé mentale et parce qu'ils sont également concernés par la santé mentale des personnes éprouvant des difficultés.

« La décision prise dès les premiers instants, de resituer la personne aux prises avec des problèmes mentaux au coeur de ce projet nous a permis de moins mettre l'accent sur les questions d'idéologies, d'établissements et de structures [...] Dans une démarche de partenariat élargi, nous proposons plutôt que chacun, depuis le simple citoyen jusqu'au responsable des décisions au niveau gouvernemental, en passant par les intervenants en santé mentale, s'interroge sur ses attitudes, ses croyances de même que ses convictions par rapport à sa propre santé mentale et, au premier chef, par rapport aux exigences des personnes aux prises avec un problème d'ordre mental » (p. i).

Le *Rapport Harnois* bien que s'inscrivant dans la foulée des travaux du Comité de la santé mentale, en reprenant les trois axes de la définition de la santé mentale, soit les axes biologique, psychodéveloppemental et contextuel, précisait que l'axe psychodéveloppemental, domine selon lui les deux autres dimensions dans le secteur de la santé mentale. L'axe psychodéveloppemental correspondrait davantage au «caractère spécifique de la santé mentale». Cette affirmation recentrait l'attention et les pratiques,

en santé mentale, sur la personne elle-même et sur sa capacité à vivre en société. Cette perspective évacuait la conception selon laquelle la communauté ou la société sont ou peuvent être la source d'un problème de santé mentale.

Afin de mieux limiter les responsabilités de l'État, tout en tenant compte de l'élargissement de la notion de santé mentale le Comité Harnois a d'abord divisé le secteur de la santé mentale en distinguant le « champ, du domaine » et il a ensuite priorisé les services destinés aux personnes éprouvant des problèmes de santé mentale.

« Pour désigner la réalité plus visible et mieux cernée des personnes dont la santé mentale est perturbée ou menacée, nous parlerons du *champ de la santé mentale*. Le terme *domaine de la santé mentale* sera utilisé, quant à lui, pour désigner l'univers élargi des réalités ayant une influence sur la santé mentale de la population et des groupes qui la composent » (p. 33).

On affirmait clairement que le projet de politique en santé mentale s'adressait prioritairement aux personnes ayant des problèmes de santé mentale. C'est autour de la personne que devaient s'articuler tous les programmes et les services dans le champ de la santé mentale et c'est pour et autour de la « personne » que l'on interpellait la contribution de nombreux partenaires: famille, intervenants, intervenantes et communauté.

Malgré les efforts pour recentrer l'organisation des services sur les besoins de la personne, prioritairement dans le champ de la santé mentale, les besoins étaient néanmoins reconnus comme croissants. Pour faire face à ces besoins, le *Rapport Harnois* invoquait « un partenariat élargi » et redéfinissait les responsabilités publiques en fonction de ce partenariat, tant dans le champ que dans le domaine de la santé mentale.

Dès l'introduction du document le Comité Harnois identifiait les partenaires qui sont appelés à collaborer à l'amélioration de la santé mentale de la population, ce sont les personnes elles-mêmes, leur famille et leur proche, les intervenants et les intervenantes et finalement la communauté. À une vision corporatiste du partenariat centrée sur la répartition des responsabilités entre divers établissements publics ou entre diverses corporations professionnelles, le partenariat invoqué par le comité Harnois identifiait les partenaires selon le rôle que chacun d'eux joue dans la relation d'aide et selon leur appartenance à la société civile ou à l'État.

« Par le terme acteur, nous désignons les personnes aux prises avec des problèmes d'ordre mental et leurs proches, soit l'ensemble des

individus avec qui elles entretiennent une relation significative. Le terme acteur désigne également les intervenants engagés dans une relation d'aide avec ces personnes. Enfin s'y ajoutent les communautés comme lieu de référence de ces personnes » (Harnois, p. 10).

Afin de faire face à l'élargissement de la notion de santé mentale, tout en conservant un rôle prépondérant le ministère de la Santé et des Services sociaux, devait modifier la façon dont il assumait ses responsabilités et devait faire appel à la collaboration de nombreux partenaires.

« Tout en considérant comme indiscutable la responsabilité collective de l'amélioration de la santé mentale de la population, le Comité croit que la façon d'assumer cette responsabilité ne peut plus être uniquement étatique et centralisée. Elle doit pouvoir s'exercer, en partenariat avec les communautés, les familles, les personnes, dans le respect des particularités et des compétences de chacun. Dans cette perspective, l'État est un des partenaires et, dès lors, loin de se charger de répondre directement dans tous les cas aux besoins, il favorise des réponses émanant d'initiatives du milieu. À ce titre l'État doit reconnaître, supporter et éventuellement compléter de telles initiatives s'assurant ainsi que la réponse aux besoins est rendue disponible » (p.45)

Tant dans le champ que dans le domaine de la santé mentale, l'État devait réviser la façon dont il assumait ses responsabilités. Dans le champ de la santé mentale, depuis le début des années soixante, l'État « a progressivement pris en charge le financement, l'organisation et la dispensation des soins et des services ». L'État désirait remettre en question son « intervention massive » qui bien qu'elle ait amélioré l'accessibilité aux services, a accru la dépendance des personnes à l'État et « limité la contribution des individus, des familles, des groupes et des communautés locales à la solution de leurs difficultés ». Quant au domaine, bien que l'État continuait de jouer un rôle essentiel, l'engagement de tous les secteurs d'activités est reconnu comme indispensable.

« Dans le domaine de la santé mentale, la responsabilité de l'État est centrale. Elle consiste essentiellement à procurer des conditions tant sociales qu'économiques qui permettent le développement et le maintien de la santé mentale des Québécois. Ici, l'action concertée de divers secteurs devient l'assise principale de toute action. Le rôle de l'État consiste à stimuler tous les secteurs susceptibles d'exercer une influence déterminante sur la santé mentale, à susciter les coopérations nécessaires » (p.42).

Les conseils régionaux plus que toute autre catégorie d'acteurs accédaient à l'avant-scène de la santé mentale dans le projet de politique.¹² C'est à eux que l'on confiait finalement le soin de planifier, de coordonner les services de santé mentale et d'opérationnaliser les orientations ministérielles en collaboration avec tous les partenaires concernés. La *Politique de santé mentale* consacrait un peu plus tard les conseils régionaux comme responsables d'un nouveau partenariat régional. Ils seraient alors mandatés non seulement pour «instaurer un véritable partenariat» mais ils devraient mettre en oeuvre la *Politique de santé mentale* et planifier régionalement les services.

C'est en 1989 que paraissait enfin la *Politique de santé mentale* qui statuait sur la définition de la santé mentale, en précisait les fondements épistémologiques, tentait de clarifier les frontières de l'intervention publique dans ce secteur d'activité et précisait la répartition des responsabilités entre les différents paliers gouvernementaux. La *Politique de santé mentale* reprenait la définition proposée d'abord par le Comité de la santé mentale ainsi que les principales orientations du Comité Harnois relativement à la redéfinition du partenariat entre l'État, les divers producteurs de services publics et la population. Elle allait cependant plus loin au chapitre de la décentralisation des services en confiant aux conseils régionaux des responsabilités accrues en matière de planification et d'organisation de services et surtout en leur confiant la responsabilité «d'instaurer un véritable partenariat régional».

Pour circonscrire l'intervention en santé mentale la *Politique de santé mentale* reprenait la définition du *Rapport Harnois*. Elle maintenait deux «ensembles de besoins auxquels correspondaient deux objectifs; le premier qui permet à «toute personne dont la santé mentale est perturbée ou qui risque de voir son équilibre psychique compromis, d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins et une attention appropriée à sa situation» et le second qui vise à «favoriser le maintien et le développement optimal de la santé mentale de la population» et plus particulièrement de certains groupes «plus

¹² L'appareil technocratique est de manière implicite au coeur du partenariat. La programmation, la planification, la coordination ont gagné en importance et sont considérées comme la garantie de succès de ce nouveau partenariat. Que ce soit au niveau provincial, régional ou local les administrateurs et les planificateurs sont responsables de la cohésion, de la coordination, de la clarification des rôles et des responsabilités et donc responsables de la mise en oeuvre du partenariat.

susceptibles de développer des problèmes». Bien que le premier objectif était toujours considéré comme prioritaire, «il importe déjà de s'orienter vers un élargissement de l'action qui permettra d'intervenir de plus en plus sur les déterminants de la santé mentale et de toucher ainsi l'ensemble des groupes concernés et la population en général» (p.22).

Cette manière de délimiter l'intervention publique dans le secteur de la santé mentale exigeait la remise en question du rôle de l'État et «implique la nécessité de considérer que l'éducation, le travail, le loisir ainsi que les conditions socio-économiques déterminent également la santé mentale d'une population» (p.22). Si l'État acceptait d'élargir le champ de ses engagements dans le secteur de la santé mentale, c'était à la condition de redéfinir son rôle.

La politique est demeurée muette sur la répartition des responsabilités entre les distributeurs de services, à la grande déception de beaucoup d'acteurs, cependant la notion de partenariat, la responsabilité des conseils régionaux et du Ministère étaient clarifiées à cet égard. Nous reviendrons dans le prochain chapitre plus en détail sur la décentralisation des pouvoirs vers les régions et les responsabilités qui ont été confiées au conseils régionaux à l'égard du partenariat qui constitue un des aspects majeurs de la *Politique de santé mentale*. Nous rappellerons cependant ici qu'en matière de renégociation de la frontière entre l'État et la société civile la *Politique de santé mentale* énonçait des orientations nouvelles.

Le gouvernement devenait lui-même un «partenaire» parmi d'autres, alors que le maintien et le développement de la santé mentale prenaient les allures d'un vaste projet de société, impliquant tous les secteurs des services publics et de la société civile. L'État était considéré comme responsable non seulement d'offrir les services requis en santé mentale mais également d'assurer les conditions socio-économiques essentielles au maintien et au développement de la santé mentale des citoyens et des citoyennes. La santé mentale prenait ainsi le chemin d'un vaste programme politique marqué par la solidarité, la mobilisation, la responsabilisation et l'engagement de tous les secteurs de la société et prônant l'accès et la répartition de la richesse. À ce titre, c'est un projet porté et porteur d'une idéologie social-démocrate.

« Le gouvernement du Québec représente un partenaire important dans une démarche d'ensemble qui doit concerner de plus en plus divers secteurs d'activité. En santé mentale, le rôle de l'État est déterminé par sa responsabilité collective sur les questions suivantes:

- l'accessibilité aux services requis par la population, la disponibilité et la répartition équitable des ressources nécessaires pour dispenser ces services;
- un système adéquat de protection des personnes et de leurs droits;
- les conditions sociales et économiques qui permettent le maintien et le développement de la santé mentale de la population.

Au sein du gouvernement le ministère de la Santé et des Services est responsable de la concertation auprès de tous les secteurs d'activité concernés et demeure le pivot de l'action en cette matière. Il n'est toutefois pas la seule instance ni le seul niveau de décision étatiques dont les orientations et les actions exercent une influence sur les déterminants de la santé mentale et sur les services de santé mentale. Il faut donc poser les premiers jalons d'une véritable stratégie de coopération intersectorielle à l'échelle gouvernementale, viser une meilleure harmonisation des politiques socio-économiques et générer des efforts dans des directions communes » (Politique santé mentale, p. 56).

La définition de la santé mentale, la délimitation des responsabilités publiques, la répartition des responsabilités et l'organisation des services sont les principales questions sur lesquelles le Comité Harnois et la *Politique de santé mentale* se sont penchés. À cause de l'ampleur de la tâche et surtout de la difficulté à résoudre les contradictions idéologiques, théoriques et pratiques qui se sont multipliées au cours des années 70 et 80, ni le *Rapport Harnois*, ni la *Politique de santé mentale* n'ont réussi à répondre aux attentes des divers groupes d'acteurs intéressés. Comment concilier une définition illimitée de la santé mentale et les moyens limités dont disposait l'État dans un contexte de réduction des dépenses publiques? Comment choisir entre une perspective individualiste ou collective des problèmes de santé mentale, entre une approche professionnelle et une approche communautaire, entre une organisation planifiée centralement ou organisée localement?

Afin de faire face à l'élargissement du champ de la santé mentale, plusieurs stratégies ont été énoncées: soit recentrer et prioriser les services destinés aux personnes, faire une large place à l'action communautaire, au partenariat et à l'engagement de nombreux acteurs sociaux, redéfinir le rôle et les responsabilités de l'État dans ce secteur jusqu'à évoquer un véritable projet de société. Malgré toutes ces stratégies le *Rapport Harnois* et la *Politique de santé mentale* n'ont pas vraiment réussi à intégrer les multiples dimensions de la santé mentale et n'ont pas échappé à une certaine «dérive personnaliste» comme l'ont constaté plus tard Corin et Bibeau (1990).

Santé mentale, participation sociale et citoyenneté

Dans le cadre de l'élaboration de la *Politique de santé mentale* la demande d'intervention publique a évolué de telle sorte qu'elle a forcé l'État à redéfinir son rôle et à redéfinir les responsabilités des citoyens et des citoyennes les uns envers les autres. Ils sont ainsi appelés à s'engager individuellement et collectivement dans leur communauté. La notion de santé mentale a entretenu des rapports de plus en plus étroits avec la participation sociale et l'exercice de la citoyenneté. Fondée sur les notions de participation, de réciprocité et d'égalité la définition de la santé mentale présentée par le gouvernement du Canada évoquait encore plus clairement les valeurs démocratiques.

« La santé mentale est la capacité de l'individu, du groupe et de l'environnement d'avoir des interactions qui contribuent au bien-être subjectif, au développement et à l'emploi optimaux des capacités mentales (cognitives, affectives et relationnelles), à la réalisation de buts individuels et collectifs justes et à la création de conditions d'égalité fondamentales » (Ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada, 1988, p. 7).

Non seulement la construction de la problématique en santé mentale en a fait un problème public de plus en plus important mais cette définition concernait et invoquait l'identité des citoyens et des citoyennes et leur droit fondamental à participer, non seulement à la défense et à la protection de leurs intérêts personnels, mais aussi à la négociation du contrat collectif.

Le citoyen responsable n'est pas celui qui peut se passer de l'État, mais plutôt celui qui exerce du pouvoir dans ses rapports à l'État, et à ses concitoyens. Cette demande a été portée par la *Politique de santé mentale* qui voulait assurer «la primauté de la personne» et redonner plus de pouvoirs aux personnes et à la communauté. C'est en cela que la *Politique de santé mentale* était porteuse d'une demande démocratique. L'État démocratique garantit aux citoyens et aux citoyennes l'exercice de leurs libertés, et de leurs droits et leur assure l'exercice du pouvoir dans la gestion des affaires publiques: c'est en somme cela que proposait la *Politique de santé mentale* dans son approche du partenariat.

La participation sociale ne se limite plus à l'exercice des rôles sociaux elle requiert également la participation politique, c'est-à-dire la possibilité de participer aux décisions collectives et à la négociation du contrat social. L'évolution de la santé mentale dans une perspective globale plutôt que médicale a entraîné progressivement la prise en compte

de l'action politique et démocratique des citoyens et des citoyennes engagés dans leur communauté les uns envers les autres, en partenariat avec l'État.

Cette perspective n'était pas exclusive au secteur de la santé mentale. En avril 1989, Mme Lavoie-Roux présentait la définition suivante de la santé qui fut ensuite reprise en 1991 dans le premier article de la *Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux*.

« La raison d'être du système de services est d'améliorer ou de maintenir la santé et le bien-être de la population [...] la santé n'est plus considérée comme l'absence de maladie et le bien-être, comme l'absence de problèmes sociaux. Ils désignent plutôt la capacité d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie. Cette optique suppose l'adaptation constante de l'individu à son environnement mais, également, la capacité du milieu d'intégrer les particularités de ses membres et de leur faciliter l'accomplissement de leurs rôles » (Commission de la Santé et des Services sociaux, 1989, p.18).

Social-démocratie, néolibéralisme ou pluralisme?

Plusieurs conceptions de la santé mentale se sont succédées au cours du XX^e siècle. Les titres mêmes de plusieurs documents rédigés au cours de années 1980 et évoqués dans les pages précédentes, sont très explicites quant à la signification de l'évolution de la santé mentale au cours de cette période.

- *De l'asile à la santé mentale* (Boudreau, 1990)
- *De la biologie à la culture* (Corin et al 1987)
- *Pour un partenariat élargi* (dit Rapport Harnois, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1987)

D'abord inspirée par la « charité chrétienne » et prise en charge par les communautés religieuses, l'intervention dans le secteur de la santé mentale a progressivement élargi son champ d'action et interpellé l'État. À la folie a succédé une vision médicale de la « maladie mentale », fondée sur la valorisation de la science et de l'expertise médicale. C'est à cette époque que l'État accélérât son engagement. Une troisième phase, de socialisation de la notion de santé mentale, a vu le jour portée par la contestation du modèle psychiatrique et par l'implication de professionnels des sciences sociales. L'idéologie dominante rejetait alors toute forme d'exclusion et de marginalisation et responsabilisait l'État dans le processus d'intégration sociale de tous les citoyens et les citoyennes. Porteuse de valeurs de solidarité sociale, axée à la fois sur l'engagement et l'implication communautaire, cette idéologie prônait un engagement maximal de l'État et l'implication la plus grande des communautés et des personnes, au sein de l'appareil

d'État. La redéfinition de l'intervention publique dans le secteur de la santé mentale au cours des années 80 reposait ainsi sur des valeurs social-démocrates, sur une demande d'accroissement de l'égalité des conditions de vie, d'accroissement des pouvoirs des personnes et de la collectivité, de participation des citoyens et des citoyennes à la négociation des services publics.

La fin des années 80 a cependant vu la remise en question de l'État-providence et nous avons pu observer un certain recul du modèle social-démocrate. C'est dans ce contexte que les conseils régionaux ont dû assumer leurs responsabilités en matière de planification régionale des services de santé mentale. À ce moment plusieurs idéologies s'affrontent et le consensus des années 80 a commencé à s'effriter.

Lorsque l'État a été confronté à l'impossibilité d'assumer à lui seul ce nouveau contrat social nous avons assisté à la remise en question de l'État-providence et à la redéfinition des responsabilités respectives de la société civile et de l'État. C'est dans une perspective néolibérale que les responsabilités de l'État, et les dépenses publiques, ont été réduites au cours des années 1990 et que certaines de ses responsabilités ont été reléguées à la société civile, aux communautés locales, aux entreprises privées et aux individus. Ce qui au départ était énoncé comme la reconnaissance du dynamisme communautaire a rapidement servi de prétexte au désengagement de l'État.

Corin et al ont dénoncé « la dérive personnaliste » de la réforme en santé mentale. D'un discours porté par un idéal social-démocrate, la « centration du système » sur les personnes a présidé à un rétrécissement des modes d'interprétation et d'intervention en santé mentale. La défense des droits des personnes et la responsabilisation des individus et de la communauté n'est un progrès social qu'à la condition que ce discours n'ouvre pas la porte à la culpabilisation, au rejet et au désengagement public.

« En insistant à juste titre sur les droits de la personne, on risque indirectement de nier l'importance des forces sociales qui l'enserrent de tous côtés et de contredire le discours communautarisant qu'on prétend mettre de l'avant » (Corin, Bibeau, Martin et Laplante, 1990, p.34).

Considérée comme un ballon-sonde pour mettre à l'épreuve l'opinion publique sur le projet de réforme sociosanitaire, la *Politique de santé mentale* a été publiée peu avant la refonte majeure de la *Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux* donnant suite à la Commission Rochon. Elle est marquée par les mêmes tensions et les mêmes enjeux qui ont habité la réforme du réseau québécois des services sociaux et de santé. Prise en étau entre l'élargissement de la demande d'intervention de l'État dans le secteur

de la santé mentale et les exigences politiques de réduction des dépenses publiques elle reposait sur un nouveau contrat social en redéfinissant les rapports entre l'État, les citoyens et les citoyennes. Pierre Vennat arrivait à cette conclusion dans son éditorial de La Presse, du 17 janvier 1989

« Peu à peu sans que la majorité des Québécois n'en soient conscients, le gouvernement Bourassa est en train de redéfinir le concept de l'État-providence et de la « société juste ». Dorénavant, et de plus en plus, le gouvernement québécois se lance dans ce qu'il a appelé le « partenariat ». Tout en évitant au maximum de parler de « désengagement », de « privatisation » ou de « ticket modérateur », termes quasi tabous et mal vus en plusieurs milieux, l'État québécois est en train de vendre l'idée aux citoyens qu'ils doivent apprendre à s'aider eux-mêmes. Dans cette nouvelle approche l'État restera le maître d'oeuvre, mais ne fera plus tout lui-même. Le milieu - sous-entendre la famille, les groupes communautaires et les municipalités - devra s'impliquer davantage [...] Sur papier tout ceci est fort joli et répond, d'ailleurs à plusieurs demandes du milieu. Mais cette démarche cache également une nouvelle définition du contrat social. Si les concepts évoqués dans le document de Mme Lavoie-Roux prennent forme, les citoyens ne pourront plus compter sur l'État de la même façon qu'avant, ils devront, individuellement ou collectivement, mettre la main à la pâte » (La Presse, Pierre Vennat, 17 janvier 1989).

Si on reconnaît qu'il existe de fortes tensions entre les tendances individualistes et social-démocrates, différentes interprétations peuvent être données quant à la signification réelle de ces changements et de leur impact sur le projet collectif. L'analyse portant sur les modifications du contrat social qui a eu cours dans les années 80 et 90 et que nous avons appelée la crise de l'État-providence doit tenir compte des différentes manières dont l'État assure directement ou indirectement la redistribution des richesses, garantit l'équité sociale, assure le consensus ou l'équilibre des rapports entre les «partenaires» . Ce qui semblerait à première vue un désengagement de l'État ne serait peut-être qu'une manière différente d'exercer ou de répartir le pouvoir.

Pour Monière (1985), l'État ne peut se permettre d'abandonner ses pouvoirs aux mains d'intérêts privés car il «est le pouvoir du peuple et, dans le contexte actuel, il est le seul contrepoids au pouvoir des firmes multinationales» (p.81). Pour Monière, la crise de l'État-providence ne s'explique pas uniquement par la popularité du discours individualiste et néolibéral et ne se résoudra pas non plus par la privatisation et le retrait de l'État. Selon lui de nouveaux modes de production des consensus sociaux sont en émergence. Cette vision rejoint celle exposée plus haut de Jean-François Thuot (1994), et est également partagée par Jocelyne Lamoureux.

« Il y a d'abord, et c'est une exigence à notre avis, la remise à l'ordre du jour de la question du politique, de la démocratie et des rapports entre l'État et la société civile, c'est-à-dire de penser la politique de décentralisation, de planification partenariale sous l'angle d'une relance de la citoyenneté active [...] On retrouve donc un enjeu de démocratie. Y a-t-il démocratisation de la gestion publique du social, resocialisation des solidarités, élargissement de l'espace des débats, réappropriation des pouvoirs de décisions sur les orientations des changements en cours, exercice d'une citoyenneté réelle pour les marginalisés-es et laissés-es pour compte du providentialisme? » (Lamoureux, 1994, p. 34)

Le modèle théorique de la participation démocratique élaboré dans la deuxième partie de la thèse, nous conduisait à étudier la demande d'intervention publique et ses rapports avec la citoyenneté pour en extraire les valeurs et l'idéologie fondatrices. Nous avons présenté les rapports étroits qu'entretient la définition de la santé mentale avec la notion de participation sociale et de citoyenneté, contribuant ainsi à délimiter de nouvelles frontières entre les individus, la société civile et l'État. Si l'intervention publique dans le secteur de la santé mentale reposait sur une certaine conception de la civilité, l'idéologie dominante était marquée par des tensions non résolues entre libertés individuelles et responsabilités publiques.

La renégociation du contrat social dans le cadre de la *Politique de santé mentale* s'est effectuée en tension entre plusieurs idéologies. La *Politique de santé mentale* a sans nul doute remis en question la domination d'une idéologie corporatiste centrée sur l'expertise des professionnels, quoiqu'une certaine conception de la planification des services trahisse une vision corporatiste de la participation démocratique reposant sur les technocrates et les planificateurs. Dans la mesure où elle responsabilisait les individus et la société civile, en prônant le retrait de l'État, elle trahissait une idéologie néolibérale. Lorsqu'elle invoquait la solidarité sociale, l'élargissement des responsabilités de l'État, l'amélioration des conditions de vie et une meilleure répartition de la richesse elle endossait une idéologie social-démocrate. Sous l'apparence d'un consensus social-démocrate, diverses idéologies, soutenant un plus ou moins grand degré de cohésion sociale, persistent et continueront à s'affronter tout au long du processus d'implantation de la Politique de santé mentale et d'élaboration des plans régionaux d'organisation de services en santé mentale.

La double imputabilité des conseils régionaux

Dans un État démocratique le peuple est souverain et dispose des pouvoirs de définir son identité, ses structures et ses pratiques. La souveraineté est le second critère de la participation démocratique et c'est lors de la phase constitutionnelle que les pouvoirs dont dispose un gouvernement sont délimités. Alors que la phase d'affiliation préside à l'énonciation du projet collectif, la phase constitutionnelle donne naissance à un contrat explicite, c'est-à-dire à l'énonciation claire et formalisée des pouvoirs et des responsabilités publiques. Ce qui est en dehors de ces responsabilités demeure inaliénable à la nation et aux «pouvoirs publics». L'aire de négociation constitutionnelle comprend l'ensemble des enjeux délimités par le contrat public.

Dans le cadre de la Politique de santé mentale, nous nous intéresserons plus particulièrement à la formulation du mandat des conseils régionaux. Si nous savons que les conseils régionaux de la santé et des services sociaux n'étaient pas des organisations souveraines parce que ce sont des non-polities relevant d'une autorité centrale, ont-ils toutefois disposé d'un minimum d'autonomie et d'une aire de négociation suffisante pour soutenir la participation démocratique? Nous évaluerons l'autonomie des conseils régionaux, pour planifier l'organisation des services de santé mentale sur leur territoire, en analysant les responsabilités et les pouvoirs qu'ils détenaient dans le secteur de la santé mentale.

Les pouvoirs dont disposaient les conseils régionaux dans le secteur de la santé mentale sont à la fois hiérarchisés et spécialisés. Hiérarchisés, parce que les conseils régionaux, constitués en vertu de la *Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux*, sont imputables de leurs décisions et de leurs actes au ministre de la Santé et des Services sociaux; spécialisés parce que la santé mentale correspond à un secteur d'activité du réseau sociosanitaire balisé par une politique sectorielle. C'est pourquoi nous étudierons les pouvoirs délégués aux conseils régionaux par la loi, de manière générale, et ceux qui leur ont été délégués dans la *Politique de santé mentale* en regard de la planification et de l'organisation des services de ce secteur d'activité.

Finalement nous pourrions évaluer l'autonomie dont disposaient les régions pour réaliser les plans d'organisation de services en santé mentale en fonction des catégories de pouvoir retenues dans la grille d'évaluation présentée au chapitre précédent, soit en

fonction des pouvoirs «incitatifs, constitutifs, prescriptifs et allocatifs». Nous constaterons que les pouvoirs délégués aux conseils régionaux sont essentiellement des pouvoirs prescriptifs.

La valse-hésitation de la décentralisation

Lorsque les conseils régionaux ont débuté la réalisation des plans d'organisation de services en santé mentale, au printemps 1989, les pouvoirs qu'ils détenaient dans le secteur de la santé mentale étaient délimités principalement par deux documents. La *Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux* et *La Politique de santé mentale* étaient alors les deux documents «constitutifs» délimitant l'aire de négociation régionales en santé mentale.

La Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux adoptée en 1971, entrée en vigueur en juin 1972 et ayant subi plusieurs modifications jusqu'en 1989, avant de subir une refonte importante en 1991, constituait le cadre législatif délimitant les responsabilités des conseils régionaux dans le secteur des services sociosanitaires. Cette loi répartissait l'exercice des responsabilités publiques dans le secteur de la santé selon trois niveaux, soit un niveau provincial assumé par le ministre et son ministère, un niveau régional représenté par les conseils régionaux de la santé et des services sociaux et un niveau local incluant diverses catégories d'établissements offrant des services à la population.

Les articles 14, 15 et 16 de la *Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux* instituaient les conseils régionaux de la santé et des services sociaux dont l'implantation a débuté au début des années soixante-dix. En 1989, ces conseils étaient au nombre de 13. Ils étaient alors (et sont toujours sous leur appellation de régies régionales) des corporations au sens du Code civil, auxquelles correspondaient autant de territoires géographiques.

Les principales responsabilités confiées alors aux conseils régionaux étaient formulées à l'article 18. Les conseils régionaux détenaient principalement des responsabilités liées soit à la participation de la population soit à la coordination des services sur leur territoire. La délimitation de ces fonctions a évolué constamment à travers les différentes réformes des années 70 et 80, mais ces deux fonctions sont demeurées en tant que responsabilités centrales pour les conseils régionaux et plus tard pour les régies régionales à travers les réformes des décennies 70, 80 et même 90.

Les fonctions que devaient assumer les conseils régionaux de la santé et des services sociaux concernant la participation de la population, étaient formulées de la manière suivante aux alinéas a), b) et c) de *la Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux*.

« a) de susciter la participation de la population à la définition de ses propres besoins en matière de services de santé et de services sociaux ainsi qu'à l'administration et au fonctionnement des établissements qui dispensent ces services;

b) d'assurer des communications soutenues entre le public, le ministre et ces établissements;

c) de recevoir et entendre les plaintes des personnes auxquelles un établissement situé dans la région pour laquelle le conseil régional est institué n'a pas fourni les services de santé et les services sociaux que la présente loi leur donne le droit de recevoir, et de faire à l'établissement ou au ministre les recommandations qu'il juge appropriées à ce sujet » (L.R.Q. 1977, c. S-5).

Pour exercer leurs responsabilités relativement à la participation de la population tel que requis à l'alinéa a), les conseils régionaux étaient responsables de superviser les élections des membres des conseils d'administration des établissements et ils devaient aussi voir à la tenue d'élections pour la formation de leur propre conseil d'administration dont la composition était prévue par la loi. La tenue d'assemblées annuelles et le dépôt d'un rapport annuel leur permettaient d'assumer leur responsabilités prévues à l'alinéa b). Finalement la mise sur pied d'un système de gestion des plaintes et la surveillance de la mise sur pied de comités de bénéficiaires dans les établissements désignés leur permettait d'assumer leurs responsabilités telles qu'identifiées à l'alinéa c).

C'est dans la foulée du rapport Castonguay-Nepveu, que la composition des conseils d'administration des conseils régionaux de la santé et des services sociaux a été conçue et formulée par la *Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux*(article 24) afin de susciter la participation de la population. Selon l'article 24, onze des quinze membres du conseil d'administration devaient être élus par des collèges électoraux, trois personnes étaient nommées par le ministre. Sept de ces collèges sont composés des membres des conseils d'administration des établissements de santé et des services sociaux de la région et des établissements d'enseignement universitaire et collégial. Une personne devait être élue parmi les directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux, une personne était élue par les maires des municipalités et une seule personne était élue par les conseils d'administration des groupes bénévoles. Trois

postes représentaient les groupes socio-économiques nommés par le ministre. Le directeur général du conseil régional était membre d'office.

La plupart des membres des conseils d'administration des conseils régionaux représentaient donc des institutions publiques dont la majorité faisait partie du réseau de la santé et des services sociaux. Aucun siège n'était réservé aux usagers et aux usagères. La composition du conseil favorisait surtout la concertation entre les diverses catégories d'établissements sociosanitaires et les autres secteurs d'activité concernés par la santé de la population, soit les milieux de l'enseignement collégial et universitaire, le secteur des affaires municipales et celui des groupes socio-économiques. Malgré la volonté explicite d'encourager la participation de la population, le mode de nomination par collègue électoral excluait la plupart des citoyens et des citoyennes du processus, que ce soit en tant qu'électeurs, aucun poste n'étant désigné par suffrage universel, ou à titre d'élus puisqu'il faut appartenir ou entretenir des liens avec l'un ou l'autre des collèges électoraux pour accéder à un poste en tant que membre du conseil d'administration.

Tableau 3: Composition du conseil d'administration d'un CRSSS

15 postes	Modes de nomination	Collège électoraux
Directeur général du conseil régional	nomination	conseil d'administration du conseil régional
2 personnes	élection	maires des municipalités
3 personnes n'occupant pas d'emploi dans un établissement	nomination du ministre	après consultation des groupes socio-économiques
1 directeur général d'un établissement SSS	élection	directeurs généraux des établissements
1 personne	élection	les conseils d'administration des centres hospitaliers
1 personne	élection	les conseils d'administration des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens
1 personne	élection	les conseils d'administration des centres locaux de services communautaires
1 personne	élection	les conseils d'administration des centres de services sociaux
1 personne	élection	les conseils d'administration des centres d'accueil
1 personne n'occupant pas d'emploi dans un établissement	élection	les conseils d'administration des universités
1 personne n'occupant pas d'emploi dans un établissement	élection	les conseils d'administration des collèges d'enseignement général et professionnel
1 personne n'occupant pas d'emploi dans un établissement	élection	les conseils d'administration des organismes bénévoles de la région qui oeuvrent dans le domaine de la santé et des services sociaux et qui sont reconnus à cette fin par le conseil régional

Pour «assurer des communications soutenues entre le public, le ministre et ces établissements» la tenue d'assemblées annuelles était exigée de la part des conseils régionaux à l'article 23.

« Tout conseil régional doit tenir au moins une fois par année une séance publique d'information à laquelle est invitée à participer la population de la région pour laquelle le conseil est institué. Les membres du conseil d'administration doivent alors présenter à la population, conformément aux règlements, les renseignements prescrits quant aux états financiers du conseil régional. Ils doivent en outre répondre aux questions qui leur sont adressées relativement à ces états financiers, aux fonctions que le conseil régional assume et aux relations qu'il entretient avec les établissements de la région pour laquelle il est institué » (L.R.Q. 1977, c. S-5).

Pour assurer la reddition de compte de ses activités au ministre, l'article 41 prévoyait que tout conseil régional devait déposer, avant le 30 juin, un rapport annuel au ministre, qui doit «contenir tous les renseignements que le ministre peut prescrire», ce rapport était également déposé devant l'Assemblée nationale dans les trente jours.

Outre la participation de certains citoyens et citoyennes aux conseils d'administration des établissements et des conseils régionaux et leur participation aux assemblées publiques des conseils régionaux, deux autres mécanismes étaient prévus par la loi concernant la participation des usagers et des usagères à l'administration des services de santé et des services sociaux, soit les mécanismes de plaintes et les comités des usagers. Les conseils régionaux assumaient la responsabilité du mécanisme de plaintes¹³ et ils devaient intervenir, en cas de nécessité, pour désigner certains membres

¹³ Mentionné au paragraphe c) de l'article 18, la responsabilité des conseils régionaux en matière de plaintes, n'était pas davantage précisée. L'interprétation juridique du paragraphe c) de l'article 18 limitait considérablement le nombre de plaintes recevables. Seules les plaintes portant sur un refus de services étaient admissibles, c'est-à-dire lorsqu'«un établissement [...] n'a pas fourni les services de santé et les services sociaux que la présente loi leur donne le droit de recevoir» (article, 18, c, L.R.Q. 1977, c. S-5). Les droits d'accès aux services étaient conditionnels et devaient tenir compte de «l'organisation et des ressources des établissements qui dispensent ces services» (article 4, L.R.Q. 1977, c. S-5). La loi ne garantissait pas la gratuité ni la qualité des services et les plaintes concernant le coût de certains services accessoires ou concernant la qualité, à moins qu'elles ne soient considérées sous l'angle d'un refus de services en vertu de l'article 4, ne sont pas recevables (Renaud, Yvon, 1990, p.46).

des comités de bénéficiaires que devaient mettre sur pied les centres hospitaliers de soins de longue durée et les centres d'accueil.¹⁴

L'article 18 de la loi confiait également aux conseils régionaux des responsabilités de coordination des services sur leur territoire; ces responsabilités sont précisées à l'article 18, aux alinéas d), e), f) et g). Programmation, répartition des ressources, achat de services en commun, accessibilité des services en langue anglaise sont autant de fonctions reliées à des responsabilités régionales de planification des services. Les conseils régionaux étaient mandatés afin

« d) de conseiller et d'assister les établissements dans l'élaboration de leurs programmes de développement et de fonctionnement des services de santé et des services sociaux et d'assumer les fonctions que le ministre lui confie pour l'exécution de tels programmes;

e) de promouvoir l'échange, l'élimination des dédoublements et une meilleure répartition des services dans la région ainsi que la mise en place de services communs à plusieurs établissements; [...]

f) d'adresser au ministre, au moins une fois par année, ses recommandations afin d'assurer une répartition adéquate des ressources consacrées aux services de santé et aux services sociaux et la meilleure utilisation possible des ressources disponibles.

g) d'exercer à l'intérieur de son territoire, toute autre fonction et d'assumer le coût de tout programme reliés à l'administration des services de santé et des services sociaux et qui lui sont confiés par le gouvernement » (L.R.Q. 1977, c. S-5).

De plus les conseils régionaux devaient garantir l'accessibilité des services en langue anglaise (Article, 18.0.1) et ils avaient un rôle important à jouer concernant les mécanismes et les critères d'admission, de transfert et de sortie des bénéficiaires pour les centres hospitaliers et les centres d'accueil (article 18.1).

En vertu de la loi, les conseils régionaux devaient ainsi assumer des responsabilités de coordination des services sur leur territoire. Ils devaient agir comme des intermédiaires entre les établissements de leur région d'une part et entre le ministère et les établissements d'autre part. Ils ne détenaient aucune autorité directe sur les

¹⁴ Dans le cas de bénéficiaires mineurs ou lorsque l'état de santé d'un bénéficiaire ne lui permet pas de participer, «le comité peut être formé de parents ou représentants de ces bénéficiaires choisis par le conseil régional concerné, après consultation du conseil d'administration de l'établissement» (article 118.3, L.R.Q. 1977, c. S-5).

établissements et devaient assumer un rôle conseil, comme leur nom l'indiquait et conformément à l'intention de la loi.

Ils n'avaient pas le pouvoir de développer de nouveaux programmes, de modifier le champ des responsabilités publiques, de constituer ou d'ouvrir des établissements publics: ces pouvoirs étaient détenus par le ministre. Ils n'avaient pas de contrôle sur la gestion des ressources financières et ils n'avaient en ce domaine que des pouvoirs de recommandation au ministre et au Conseil du Trésor.

L'analyse du mandat confié aux conseils régionaux par la Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux, de 1972 à 1991, révèle qu'ils ne détenaient que très peu de pouvoirs. La loi plaçait les conseils régionaux dans un ensemble de relations de pouvoirs entre le ministère, les établissements et la population. Elle confiait aux conseils régionaux deux responsabilités principales, soit assurer la participation de la population à l'administration des services publics et coordonner les services offerts par les établissements de leur territoire. Leur première responsabilité les rendait imputables de leurs activités auprès de la population, leur seconde les soumettait à l'autorité ministérielle, sans leur confier d'autorité véritable auprès des établissements.

Les différentes versions de la *Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux*, ainsi que les règlements et décrets qui se sont succédés de 1970 à 1989 ont transféré progressivement des pouvoirs de plus en plus importants vers les conseils régionaux au cours de ces deux décennies. Bien que la Commission Castonguay-Nepveu ait compté sur la décentralisation des pouvoirs vers les conseils régionaux pour susciter la participation de la population et contribuer à rationaliser les services, il semble que les pouvoirs qui leur aient été effectivement confiés ne leur aient pas permis d'atteindre ces objectifs. Les CRSSS ont toujours été imputables de leurs actes auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux et il s'est agi d'une déconcentration des pouvoirs plus que d'une véritable décentralisation (Turgeon et Anctil 1994). Cette période de décentralisation, ou plutôt de déconcentration, des pouvoirs vers les régions a été qualifiée de valse-hésitation, l'ensemble des décisions étant en dernière instance toujours prises ou contrôlées par le ministre.

« Le gouvernement n'a joué que timidement le jeu de la décentralisation administrative. Relativement aux mandats les plus importants, comme la répartition des budgets aux établissements ou encore la création ou l'agrandissement d'installations, la prise de décision est demeurée largement centralisée entre les mains du ministre, voire dans certains cas du Conseil du Trésor [...] En somme, le rôle confié aux CRSSS fut généralement celui de

conseiller du ministre, de coordonnateur du réseau public régional des services de santé et des services sociaux » (Turgeon, Anctil, 1994, p. 85).

Malgré la décroissance des effectifs du ministère de la Santé et des Services sociaux, passant de plusieurs milliers d'employés au début des années 70, à environ un millier en 1989 et malgré la croissance des effectifs des conseils régionaux, de quelques dizaines de personnes à près d'un millier, pour la même période, les régions n'ont pas réussi à gruger véritablement les pouvoirs ministériels (Turgeon et Anctil 1994). Les pouvoirs des conseils régionaux sont demeurés limités à la coordination des services. Ils ont détenu jusqu'au début des années 90 uniquement un pouvoir de recommandation concernant l'allocation des ressources financières aux établissements et leur pouvoir envers les établissements se limitait souvent à l'implantation de programmes particuliers à la demande du ministre.

Les conseils régionaux ont servi de courroie de transmission entre le ministère et les établissements plus que de lieu de prise de décision. Ils n'ont que marginalement permis à la population de participer aux décisions et à l'administration des services socio-sanitaires tel que l'envisageait la Commission Castonguay-Nepveu.

« Le CRSSS est imputable en tout premier lieu au gouvernement. En effet, la loi de 1971 stipule que l'organisme doit faire rapport annuellement de son activité au ministre. Ce dernier dépose ce rapport devant l'Assemblée nationale [...] Il est clair que le pôle d'imputabilité l'emporte sur la reddition de compte à la population de la région. Qu'il suffise de rappeler également que la population ne participe en aucune façon à l'élection ou à la nomination des membres du conseil d'administration et que les réunions de conseil se déroulent à huis-clos. En définitive, durant les années 1970, et il en sera de même durant la décennie suivante, les CRSSS apparaissent davantage comme des organismes déconcentrés au chapitre de l'imputabilité » (Turgeon et Anctil, 1994, p.84).

Turgeon (1996) a constaté qu'au cours des années 70 et 80, les divers conseils régionaux se sont positionnés comme des agences régionales qui tentaient d'exercer l'autorité gouvernementale auprès des établissements et de la population de leur territoire ou comme des promoteurs des intérêts de la population auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux. Quelle que soit leur attitude ils étaient des intermédiaires entre les deux paliers, et prônaient des relations de soumission ou d'opposition envers le palier central. En 1996, Turgeon proposait la typologie suivante des «personnalités» des régies de la santé et des services sociaux (RSSS) qui avaient remplacé les conseils régionaux:

«Le **lieutenant autocrate** représente un type de RSSS dont l'action se situerait essentiellement comme un prolongement du Ministère. Pas question de revendiquer quoi que ce soit cette régie respecte la ligne hiérarchique [...] Le **lieutenant démocrate** a plus d'ambition que le précédent, tout en étant plus stratège. Il s'appuie fortement sur la population pour faire passer le message ministériel aux établissements, pour les contraindre à accepter sa vision. Au contraire le troisième type, la régie **alliée des établissements**, joue le jeu de la concertation avec les établissements, sans trop se préoccuper de la population, souvent pour revendiquer contre le ministère. Enfin l'**alliée de la région** représente le dernier type de régie. Elle désire s'associer à la fois avec la population et avec les établissements du territoire. Ce dernier type peut être subdivisé en deux catégories selon que la régie régionale prône l'opposition ou la concertation. L'alliée de la région qui prône l'opposition défend exclusivement les intérêts de sa région face au palier central [...] L'alliée de la région qui prône la concertation, accepte la contrainte majeure que représente la diminution du budget régional à condition que le palier central lui concède une véritable marge de manoeuvre lui permettant alors de reconfigurer elle-même le réseau sociosanitaire régional » (p.158).

Les conseils régionaux ont été constitués par une autorité centrale, détenant des pouvoirs plus vastes, soit le ministère de la Santé et des Services sociaux, ce dernier étant soumis lui-même au Conseil des Ministres. Les conseils régionaux sont des «non-polities»¹⁵ et sont «hétéronomes»¹⁶. Le gouvernement du Québec, qui disposait des pouvoirs constitutionnels nécessaires, a créé les conseils régionaux et leur a confié, dans leur territoire géographique respectif, une partie des pouvoirs et responsabilités sociosanitaires pour lesquelles ils devenaient imputables envers le ministre de la Santé et des Services sociaux en limitant et en contrôlant toutefois de manière très étroite l'exercice de ces pouvoirs.

¹⁵ «Les non-polities sont des systèmes politiques qui ont pour caractéristique la dépendance dans l'environnement externe. Ces systèmes politiques font partie de systèmes politiques plus vastes»(Lemieux, p. 93)

¹⁶ «hétéronome: qui reçoit de l'extérieur des lois régissant sa conduite, au lieu de les trouver en soi.» (Petit Larousse illustré, 1990)

Les enjeux de la politique en santé mentale

Le secteur de la santé mentale n'est qu'une partie d'un système plus vaste, soit celui de la santé et des services sociaux qui n'est lui-même qu'un ministère parmi d'autres¹⁷. *La Politique de santé mentale* en tant que politique sectorielle n'est en fait la manifestation que d'une partie seulement du domaine de responsabilités du ministère de la Santé et des Services sociaux, qui lui-même ne dispose que d'une partie des responsabilités détenues par le gouvernement du Québec.

Deux projets de politique, plusieurs avis du Comité de la santé mentale, ainsi qu'un long processus de consultation ont précédé la publication de la *Politique de santé mentale*. En 1989, ce qui n'était jusqu'alors qu'un projet collectif devenait un acte « constitutif » du secteur public de la santé mentale. Bien que ce ne soit pas un texte législatif, il engageait le gouvernement du Québec sous la signature du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Lors de la parution de la politique, les conseils régionaux détenaient déjà des responsabilités de planification et de coordination des services de santé mentale sur leur territoire depuis l'émission, en 1979, du *Décret 3179-79*. Dans ce décret, ces responsabilités leur avaient été confiées dans une perspective de décentralisation et d'accroissement de la participation des citoyens et des citoyennes. Dans le respect des dispositions de la *Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux*, le ministre avait confié aux conseils régionaux des fonctions particulières dans cinq champs sociosanitaires, dont celui des «services de santé mentale». C'est dans le cadre d'une «politique de décentralisation visant à permettre à la population d'avoir une meilleure emprise sur son milieu de vie» que le décret confiait des responsabilités de planification et de coordination des services aux conseils régionaux.

« Attendu que la volonté du ministre des Affaires sociales est d'accentuer la participation des citoyens à la gestion des services de santé et des services sociaux et de confier aux conseils régionaux des responsabilités précises concernant l'organisation et la mise en commun de certains services de même que le partage, entre les

¹⁷ Le ministère de la Santé et des Services sociaux, bien qu'il constitue l'un des principaux secteurs d'intervention publique au Québec, auquel sont consacrés 30% des ressources financières gouvernementales, n'est qu'un ministère parmi plusieurs autres. « En 1988-1989, plus de neuf milliards et demi de dollars, soit près de 30% des dépenses gouvernementales et 6,9 % du produit intérieur brut, ont été affectés par le gouvernement du Québec aux dépenses en matière de santé et d'adaptation sociale» (p.5, Conseil des affaires sociales, 1990).

divers établissements de leur région respective, des ressources attribuées sur une base régionale » (décret 3179-79).

«Le conseil régional de la santé et des services sociaux se voit confier la responsabilité de coordonner les services de santé mentale sur son territoire» c'est-à-dire qu'il se voit confier des responsabilités de planification régionale, de programmation, de financement, de contrôle et d'évaluation des services. Le ministère des Affaires sociales se réservait le rôle de définir les orientations, les objectifs, les priorités budgétaires, l'évaluation, le contrôle des activités et de l'utilisation des ressources.

L'interprétation et la mise en oeuvre de ce décret ont fait l'objet de nombreuses controverses quant aux responsabilités respectives des niveaux provincial, régional et local dans le secteur de la santé mentale. Faute d'une politique ministérielle en santé mentale, en l'absence d'une définition claire des modalités de contrôle ministériel et parce que les conseils régionaux ne détenaient aucun pouvoir de gestion des budgets affectés au secteur de la santé mentale le ministère a continué de contrôler l'évolution et le développement du secteur de la santé mentale dans l'ensemble des régions du Québec, malgré le Décret 3179-79. Les différents conseils régionaux ont toutefois usé des pouvoirs que leur conférait ce décret pour initier des commissions ou des tables de concertation en santé mentale, préparer des projets de développement et faire des pressions auprès du MSSS afin d'obtenir les ressources requises pour réorganiser, expérimenter ou développer de nouveaux services.

En publiant la *Politique de santé mentale* le Ministère s'inscrivait toujours dans une perspective de décentralisation et de démocratisation des services en favorisant la participation des citoyens et des citoyennes et il confirmait les conseils régionaux dans leurs responsabilités de planification et de coordination des services de santé mentale sur leur territoire. En octroyant de nouvelles responsabilités aux conseils régionaux et en clarifiant la répartition des responsabilités publiques entre les paliers provincial, régional et local la Ministre rendait enfin possible l'exercice par les conseils régionaux des pouvoirs qui leur avaient été conférés par le décret 3179-79 dans le secteur de la santé mentale.

Après avoir défini la notion de santé mentale, précisé les deux finalités des interventions publiques en fonction non plus du champ et du domaine, mais en fonction de deux «ensembles de besoins», soit les personnes qui sont «aux prises avec un problème de santé mentale et qui s'adressent à un système de services pour obtenir une réponse à leurs besoins» et la population en général parmi laquelle existent des groupes plus

particulièrement vulnérables, la *Politique de santé mentale* énonçait cinq orientations qui ont présidé à l'élaboration d'un plan d'action. Ce plan d'action comportait une série de moyens permettant d'atteindre les objectifs énoncés dans la Politique. Les conseils régionaux étaient mandatés pour implanter plusieurs de ces moyens. La décentralisation et le partenariat régional sont présentés comme les clefs de la planification et de l'organisation des services.

Les principales responsabilités confiées aux conseils régionaux dans le secteur de la santé mentale visaient l'atteinte des objectifs suivants, formulés dans *La Politique de santé mentale* : «assurer la primauté des personnes, accroître la qualité des services, rechercher des solutions dans le milieu de vie de la personne, atteindre l'équité et à instaurer un véritable partenariat» (voir tableau 4).

Pour assurer la primauté de la personne, le Ministère rendait obligatoire la réalisation de plans de services individualisés plus particulièrement pour les personnes qui fréquentent des services pour une longue période et pour celles qui requièrent les services de plusieurs établissements différents. Le plan de services individualisé sert à coordonner les services, au niveau individuel, entre les divers intervenants et à recentrer l'ensemble des interventions sur les besoins exprimés par la personne. Les conseils régionaux étaient mandatés pour assurer l'implantation de cette pratique dans leur région.

Le Ministère identifiait ensuite différents mécanismes visant la mise en place d'un système complet de promotion, de respect et de protection des droits des personnes. Le Ministère «confiait aux conseil régionaux le programme et le financement des groupes de promotion et de défense des droits d'envergure régionale et locale». Concernant les comités de bénéficiaires, le conseil régional devait s'assurer de leur existence dans chaque établissement psychiatrique tel que le prévoyait la *Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux*.

Tableau 4: La Politique de santé mentale et les responsabilités régionales

Objectifs	Moyens formulés	Responsabilités des CRSSS
Assurer la primauté de la personne	<ul style="list-style-type: none"> Le plan de services individualisé obligatoire pour certaines clientèles 	<ul style="list-style-type: none"> Assurer l'implantation et l'accessibilité des plans de services individualisés
	<ul style="list-style-type: none"> Mécanismes de promotion et de respect des droits <ul style="list-style-type: none"> groupes de défense et de promotion des droits comités de bénéficiaires Services d'aide et d'accompagnement Traitement des plaintes Implication du Protecteur du Citoyen, révision des lois sur la Curatelle et sur la Protection du malade mentale Une stratégie d'information: démystifier et améliorer les attitudes de la population 	<ul style="list-style-type: none"> Gérer et financer les groupes de promotion et de défense des droits Assurer l'existence des comités de bénéficiaires en conformité avec la Loi SSS Implanter un service d'aide et d'accompagnement Traiter les plainte en conformité avec la Loi SSS
Accroître la qualité des services	<ul style="list-style-type: none"> La formation 	<ul style="list-style-type: none"> Gérer et financer de projets locaux de formation, incluant formation des omnipraticiens
	<ul style="list-style-type: none"> La recherche 	<ul style="list-style-type: none"> N/A
	<ul style="list-style-type: none"> L'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> Développer des pratiques systématiques d'évaluation
Atteindre l'équité	<ul style="list-style-type: none"> L'accessibilité aux services <ul style="list-style-type: none"> une gamme essentielle de services des services complémentaires des ententes interréseaux des ententes interrégionales 	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la disponibilité de la gamme de services (*) Prévoir les services complémentaires Négocier les ententes interréseaux et interrégionales Répartir équitablement les ressources entre les éléments de la gamme de services
	<ul style="list-style-type: none"> L'allocation des ressources <ul style="list-style-type: none"> la répartition des ressources financières entre les régions les ressources humaines 	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter les ressources psychosociales professionnelles principalement dans les services de base Réaliser les plans d'effectifs médicaux en conformité avec la Loi SSS
Des solutions dans le milieu de vie	<ul style="list-style-type: none"> La reconnaissance des organismes communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> Assurer leur financement Assurer leur participation à la planification régionale
	<ul style="list-style-type: none"> La poursuite de la désinstitutionnalisation <ul style="list-style-type: none"> des plans de désinstitutionnalisation un groupe d'experts provinciale 	<ul style="list-style-type: none"> Assurer que les établissements ou organismes en cause fassent état conjointement des mesures nécessaires, et intégrer les plans de désins aux plans régionaux
Consolider le partenariat	<ul style="list-style-type: none"> Décentraliser <ul style="list-style-type: none"> planification régionale plans d'organisation de services gestion régionale 	<ul style="list-style-type: none"> Réaliser des plans d'organisation de services Assurer la mobilisation des partenaires Gérer les services
	<ul style="list-style-type: none"> Un partenariat gouvernemental 	<ul style="list-style-type: none"> N/A

Le Ministère confiait également aux conseils régionaux «en collaboration avec les comités de bénéficiaires et les groupes communautaires actifs dans ce domaine, la responsabilité de l'implantation d'un service d'aide et d'accompagnement» (p.34) des bénéficiaires pour que soient respectés leurs droits ou pour soutenir ceux et celles qui désirent porter plainte. Le Ministère rappelait en outre les responsabilités que détenaient les conseils régionaux en vertu de la *Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux* concernant le traitement des plaintes envers un établissement.

Finalement le Ministère proposait une stratégie d'information pour démystifier et améliorer les attitudes de la population à l'égard des problèmes de santé mentale. L'information à la population faisait également partie de la gamme de services essentiels que les conseils régionaux devaient mettre en place dans leur région.

Pour accroître la qualité des services, la formation, la recherche et l'évaluation étaient les domaines d'activité retenant l'attention du Ministère qui prévoyait un accroissement des ressources financières à cette fin. Des fonds destinés à la formation seraient réservés pour des priorités régionales et locales et le Ministère encouragerait les régions et les établissements à développer des pratiques systématiques d'évaluation de leurs services.

Pour des solutions dans le milieu de vie, le Ministère reconnaissait les organismes communautaires en santé mentale qu'il divisait en deux catégories, soit les groupes de services et les groupes d'entraide. Il confiait la responsabilité de leur financement aux conseils régionaux. Concernant le mouvement de désinstitutionnalisation qu'il souhaitait poursuivre le Ministère exigeait que les établissements psychiatriques réalisent des «plans de désinstitutionnalisation» et il confiait aux conseil régionaux «la responsabilité de s'assurer que les établissements ou organismes en cause, soient ceux qui avaient la charge de la personne et ceux qui la recevront, fassent état conjointement des mesures nécessaires pour assurer l'accès aux services requis et le transfert des ressources concernées» (p.51). Le Ministère s'engageait en outre, à mettre sur pied un groupe d'experts provincial pour soutenir les établissements concernés.

Pour atteindre l'équité, le Ministère considérait deux aspects, soit l'accessibilité des services et la répartition des ressources financières et humaines entre les régions. L'accessibilité des services était abordée sous l'angle de la définition d'une gamme de services. La gamme de services était conçue pour répondre aux besoins des personnes

ayant des problèmes de santé mentale ainsi qu'aux besoins de la population en général. Ces services devaient être accessibles dans chacune des régions du Québec et offerts par le réseau des établissements de la santé et des services sociaux ou par des organismes communautaires reconnus.

La gamme essentielle de services comprenait:

- «L'information» qui visait régionalement «à renseigner sur les problèmes de santé mentale, les droits des personnes qui souffrent de troubles mentaux ainsi que sur les services et les ressources en place » (p. 39).
- «Des objectifs de promotion et de prévention» devaient être identifiés régionalement selon les caractéristiques de chaque région en considérant plus particulièrement la santé mentale des enfants et celle de certains groupes plus vulnérables.
- «Les services de base» devaient assurer en tout temps une réponse adéquate en matière d'évaluation, d'orientation, de traitement ou de suivi et garantir une «réponse adéquate dans toute situation d'urgence» (p.42).
- «Le traitement spécialisé» accessible sur référence en général s'adressait aux problèmes de santé mentale caractérisés par la persistance, la complexité ou encore la sévérité. Le traitement spécialisé comprenait «l'urgence psychiatrique, le traitement de courte durée et le traitement à long terme» (p. 42).
- «Le support aux familles» garantissait à la famille qui «accueille un de ses membres en réinsertion» qu'elles pourraient compter sur un support psychosocial. Le Ministère promettait d'implanter rapidement un programme de répit aux familles «pour la présence continue d'une personne souffrant de troubles mentaux sévères et persistants» (p44) et confiait l'élaboration de ces programmes au conseils régionaux, en collaboration avec les associations de parents.
- «La réadaptation et la réintégration sociale» des personnes qui visait le développement des « habiletés de la vie quotidienne eu égard au logement, aux activités sociales et communautaires, au travail et aux études» (p.44).

En plus de la «gamme essentielle de services» on envisageait que des services complémentaires pouvaient être disponibles régionalement concernant des problématiques particulières comme le suicide, la violence et l'itinérance. Des ententes devaient être élaborées par les conseils régionaux avec d'autres secteurs d'activité dans le réseau sociosanitaire afin que l'expertise du secteur de la santé mentale devienne accessible dans les secteurs dédiés aux jeunes, aux personnes âgées, aux personnes alcooliques ou toxicomanes, aux personnes présentant une déficience intellectuelle, ou un problème de mésadaptation. En outre des ententes étaient prévues entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Sécurité publique concernant les contrevenants judiciairisés. Certains services spécialisés comme en pédopsychiatrie et en psychogériatrie pouvaient être partagés entre plusieurs régions et faire ainsi l'objet d'ententes interrégionales.

Pour permettre à chacune des régions du Québec d'offrir à la population de son territoire la gamme essentielle de services, le Ministère s'engageait à répartir les budgets de développement, qui seraient ultérieurement dégagés, en fonction de la richesse relative de chacune des régions. Il revenait ensuite aux conseils régionaux de répartir équitablement les ressources dont ils disposaient sur leur territoire entre les éléments de la gamme de services.

Le Ministère prévoyait et souhaitait que l'implantation de la gamme de services dans chacune des régions permette de répartir les ressources humaines plus équitablement en augmentant les ressources psychosociales professionnelles principalement dans les services de base. Il souhaitait également une meilleure répartition des effectifs psychiatriques pour l'ensemble du Québec et comptait pour ce faire sur les «plans d'effectifs médicaux» que les régions devaient réaliser en conformité avec les exigences de la *Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux*.

Finalem^{ent} «Pour consolider le partenariat», le Ministère comptait sur la décentralisation des responsabilités de planification et de coordination des services de santé mentale vers les conseils régionaux. Il confiait aux conseils régionaux la responsabilité de réaliser des plans d'organisation de services en santé mentale pour adapter régionalement les services aux besoins des populations régionales. Ces travaux devaient susciter la collaboration de tous les partenaires concernés et soutenir leur engagement dans un souci de partenariat véritable. Les plans d'organisation de services relevaient de deux objectifs qui ont marqué la réforme sociosanitaire au Québec soit rationaliser et démocratiser les services.

Bien qu'encadrée par la Loi d'abord émise en 1971 (L.R.Q. 1977, c. S-5) la *Politique de santé mentale* a été élaborée dans un contexte de réforme de l'ensemble des services sociaux et de santé et contenait déjà certains éléments de cette réforme. Considérée comme un «ballon-sonde» elle reconnaissait des pouvoirs croissants aux conseils régionaux en matière de coordination des services et de contrôle des ressources matérielles et financières. La *Politique de santé mentale* constituait en quelque sorte un test pour évaluer la capacité des conseils régionaux à assumer la planification régionale des services sociosanitaires et à mobiliser les acteurs de leur région «pour un véritable partenariat». La section suivante analyse plus en détail cette double finalité de la planification régionale.

La planification régionale en liberté surveillée

La responsabilité de réaliser des plans d'organisation de services a été confiée pour une première fois aux conseils régionaux dans le cadre de la *Politique en déficience intellectuelle*, à l'automne 1988, puis un peu plus tard dans la *Politique de santé mentale*, en janvier 1989, pour apparaître finalement comme une obligation dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* en 1991 (L.R.Q. ch, 42) à l'article 347. Entre 1988 et 1991, plusieurs politiques ministérielles ont confié aux conseils régionaux le mandat de réaliser des plans d'organisation de services sectoriels. Que ce soit dans la politique pour les personnes présentant une déficience intellectuelle, dans celle pour les personnes ayant une déficience physique, celle pour les personnes alcooliques ou toxicomanes, ou encore celle pour les jeunes, ou encore dans la *Politique de santé mentale*, le mandat était exprimé sensiblement de la même manière.

L'émergence de plans régionaux d'organisation de services a été le fruit d'un long processus. Ils ont été considérés comme l'un des principaux mécanismes de régulation du système sociosanitaire et ils étaient inscrits au coeur de la relation entre les conseils régionaux et le Ministère: moyen de reddition de compte pour les premiers, outil de contrôle et de supervision pour les seconds. L'analyse du mandat confié aux conseils régionaux concernant la réalisation d'un plan d'organisation de services permet d'évaluer l'autonomie dont ils devaient disposer dans le secteur de la santé mentale.

Avant de se voir confier la responsabilité de gérer les services les conseils régionaux devaient réaliser des plans régionaux en collaboration avec tous les partenaires concernés. La décentralisation de la planification des services de santé mentale visait l'adaptation des services à la diversité des régions du Québec, «aux caractéristiques de chacune des régions, aux besoins de leur population et à la configuration de leurs ressources. Dans cette optique, la décentralisation représente un moyen de recentrer les services sur la personne » (p.52).

La politique de santé mentale définissait ainsi un plan d'organisation de services, il s'agit pour les conseils régionaux:

- « - de cerner les besoins de la population de leur territoire, de déterminer les problèmes prioritaires et les actions à privilégier;
- de respecter les conditions exigées par la mise en place de la gamme essentielle de services, selon les priorités et les besoins de la population;

- de préciser les mandats des différents établissements et organismes concernés et les réorganisations à effectuer et de prévoir la réallocation des ressources qui en découle;

- d'élaborer des mécanismes d'évaluation des résultats eu égard à l'accessibilité aux services et aux orientations de cette politique » (p.53)

Non seulement le partenariat souhaité dans le cadre de la réalisation des plans régionaux concerne les personnes présentant des troubles, leurs familles et les distributeurs de services et le ministère de la Santé et des Services sociaux mais il concerne la population en général et plusieurs autres secteurs publics.

« Si la démarche de planification privilégie nécessairement l'organisation des services de santé mentale, elle représente également l'occasion d'aborder des questions qui dépassent ce seul secteur. D'abord, des actions de promotion et de prévention doivent être envisagées. En second lieu, on doit prévoir les contributions possibles des services de santé mentale pour faire face à des problèmes comme la violence et le suicide. Troisièmement, la démarche doit permettre de déterminer les ententes interrégionales et interrégionales nécessaires pour la prestation de services spécialisés et la réintégration sociale. Enfin, elle doit comporter une ouverture des services sur les autres secteurs de la vie collective » (Politique de santé mentale, p.53).

Le mandat confié aux conseils régionaux était déjà fortement balisé par les orientations énoncées dans la *Politique de santé mentale*, les dispositions de la *Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux* et par la disponibilité des ressources financières contrôlées par le Ministère. Bien que les conseils régionaux se soient vu confier le mandat de répartir les responsabilités entre les organismes communautaires et les divers établissements de leur territoire ils devaient respecter les missions définies par la *Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux*. Si le Ministère

« laisse ainsi pleine latitude aux régions de mener une véritable entreprise de concertation sur les besoins de leur population, les ressources à leur disposition et la mise à profit du dynamisme communautaire [...] Les mandats dévolus aux établissements par la Loi sur les services de santé et des services sociaux demeurent (Politique santé mentale, p. 54).

Le Ministère en outre précisait les conditions d'approbation des plans régionaux. Les critères retenus étaient les suivants:

« la conformité aux orientations de cette politique, le respect du cadre financier et les enveloppes budgétaires disponibles;

la réallocation de ressources générée par la mise en place d'une gamme de services établie en fonction des besoins de la population et de la détermination des problèmes prioritaires;

la détermination des responsabilités, en matière de production de services et des ressources financières conséquentes;

l'intégration des plans de désinstitutionnalisation des établissements concernés et la réallocation des ressources conséquentes;

les ententes signifiées de complémentarité intrarégionale, interrégionale et intersectorielle;

un calendrier d'implantation et des mécanismes d'évaluation des résultats, eu égard à l'accessibilité aux services et aux orientations de cette politique » (p. 55).

Autant la nature du mandat confié aux conseils régionaux en matière de planification régionale en santé mentale que la liste des critères retenus pour approuver ces mandats trahissaient la volonté du Ministère de faire des plans régionaux des outils non seulement de «mobilisation des partenaires» mais surtout des outils de reddition de compte et de rationalisation des services.

« Lorsque son plan d'organisation de services est approuvé, le conseil régional se voit confier la gestion du programme de santé mentale. Cette responsabilité signifie, pour le conseil régional, l'engagement de respecter le plan d'organisation de services qu'il a soumis, l'imputabilité par rapport aux budgets qui lui sont confiés, le maintien de l'équilibre budgétaire ainsi que l'obligation de rendre compte de sa gestion par le dépôt d'un rapport annuel au Ministère. Elle implique également la nécessité de traiter harmonieusement et équitablement avec l'ensemble de ses partenaires » (p. 55).

Ce n'est qu'après l'approbation du plan régional d'organisation de services par le ministre que la régie est autorisée à le mettre en oeuvre et peut assumer des responsabilités de gestion dans le secteur de la santé mentale.

En plus de baliser fortement l'exercice de planification régionale dans *la Politique de santé mentale* le Ministère et plus particulièrement la Direction de la santé mentale, sont intervenus au cours du processus de réalisation des plans dans les régions. Un document de soutien sur la méthodologie a été rédigé par la Direction de la santé mentale et a été publié à l'été 1989, alors que la plupart des conseils régionaux avaient déjà entrepris leur démarche de planification. Ce document présentait une revue de littérature et une synthèse des principales méthodes de planification publique. La Direction de la santé mentale est intervenue également sur la composition des comités tripartites dans certaines régions de la province afin de clarifier l'appartenance de certains organismes communautaires à l'un ou l'autre des tiers du comité tripartite. Deux documents d'orientations ministérielles ont également été publiés l'un portant sur le rôle des centres locaux de services communautaires (CLSC) dans le secteur de la santé mentale, l'autre sur les plans de services individualisés. Tous ces documents ont

été inclus parmi les critères d'analyse et d'approbation des plans dans le «cadre de référence pour l'approbation des plans d'organisation de services» publié en avril 1990. Bien qu'au cours de la réalisation des plans d'organisation de services, les agents ministériels se soient abstenus officiellement de commenter les plans en cours de réalisation « pour éviter d'influencer les conseils régionaux et préserver leur capacité d'approbation ou de rejet des plans régionaux » leurs interventions directes et indirectes ont été si nombreuses que les conseils régionaux ont dû régulièrement réévaluer ou réajuster leur travail.

En outre, dans le cadre de la première phase (Phase I) d'implantation de la *Politique de santé mentale*, le Ministère demandait également aux conseils régionaux de programmer et d'allouer les ressources financières pour quatre programmes prioritaires. Ces travaux devaient être réalisés en collaboration avec le comité tripartite et se sont ajoutés comme une tâche additionnelle, créant ainsi certains problèmes de synchronisation et d'organisation des travaux de planification pour les comités tripartites.

Le Ministère détenait et a exercé les pouvoirs constitutifs, c'est-à-dire le pouvoir de délimiter les responsabilités de l'État dans le secteur de la santé mentale, le pouvoir de préciser les objectifs à atteindre, le pouvoir d'identifier les personnes et les groupes ayant droit aux programmes et aux services publics et finalement le pouvoir de circonscrire la nature de ces services. Le rôle des conseils régionaux à l'égard des enjeux associés aux pouvoirs constitutifs était limité à s'assurer, dans leur région et auprès des diverses organisations concernées, du respect des orientations ministérielles.

Les pouvoirs des conseils régionaux relevaient davantage de la catégorie des pouvoirs prescriptifs. Ils avaient le pouvoir de coordonner les services sur leur territoire, d'identifier les établissements et les organismes qui seraient responsables d'offrir les programmes et les services et de répartir les responsabilités et les ressources entre les distributeurs de services. L'exercice de ces pouvoirs est toutefois assujéti à l'approbation du Ministère.

Quant aux pouvoirs allocatifs, s'ils sont partagés entre le Ministère, les conseils régionaux et les établissements, seuls les établissements et les organismes communautaires reconnus ont le pouvoir d'offrir des services et des programmes à la population et de gérer les ressources humaines, matérielles et financières qui y sont consacrées.

Tableau 5: Analyse des responsabilités du MSSS et des CRSSS

Enjeux	• Responsabilités	MSSS	CRSSS
La délimitation des services publics (pouvoirs constitutifs)			
La définition de la santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> Le MSSS a retenu la définition proposée par le Comité de la santé mentale 	X	
Le choix des buts de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> Le MSSS a identifié les buts de l'intervention 	X	
La définition des besoins et des clientèles-cibles	<ul style="list-style-type: none"> Le MSSS a retenu deux grands ensembles de besoins et identifié les clientèles concernées par les services et les programmes. Les CRSSS doivent évaluer (i.e.: mesurer) les besoins et les prioriser 	X	X
Le choix des orientations et des moyens	<ul style="list-style-type: none"> Le MSSS a retenu cinq orientations et identifié une série de moyens Les CRSSS doivent implanter les mesures prescrites 	X	X
La définition de la gamme de services	<ul style="list-style-type: none"> Le MSSS a identifié la gamme de services Les CRSSS sont mandatés pour implanter la gamme de services 	X	X
La coordination des services (pouvoirs prescriptifs)			
La reconnaissance des distributeurs de services publics	<ul style="list-style-type: none"> Le MSSS a créé des catégories de distributeurs de services dans la Loi et il est le seul à pouvoir créer et reconnaître un établissement public. Dans la politique de santé mentale le MSSS reconnaît le rôle des organismes communautaires. Les CRSSS reconnaissent nommément les ressources communautaires et assurent leur financement 	X X	X
La répartition des responsabilités	<ul style="list-style-type: none"> La loi prévoit les responsabilités des établissements publics et la Politique précise les responsabilités de organismes communautaires. Les CRSSS répartissent les responsabilités entre les établissements et les organismes communautaires, en tenant compte de la Loi et de la gamme de services définie par le MSSS. 	X	X
La répartition des ressources	<ul style="list-style-type: none"> Le MSSS répartit les budgets disponibles entre les régions Les CRSSS répartissent les budgets entre les distributeurs de services sous réserve d'approbation 	X	X
La planification régionale	<ul style="list-style-type: none"> Les CRSSS doivent réaliser des PROS en collaboration avec leurs partenaires régionaux Le MSSS approuve les PROS 	X	X
La gestion des services (pouvoirs allocatifs)			
L'allocation des ressources	<ul style="list-style-type: none"> Le MSSS alloue les ressources aux régions, et les CRSSS après l'approbation par MSSS de leur plan d'organisation de services pourront « gérer » les services de leur territoire moyennant une reddition de compte au MSSS 	X	X
La gestion des services et des ressources	<ul style="list-style-type: none"> Les établissements et les organismes communautaires ont la responsabilité des services et de la gestion des ressources humaines, matérielles et financières qui y sont affectées 		X

L'analyse des pouvoirs respectifs détenus par le ministère de la Santé et des Services sociaux et par les conseils régionaux tels que définis par *la Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux* et par la *Politique de santé mentale*, révèle que les conseils régionaux détenaient essentiellement des pouvoirs prescriptifs et qu'ils demeuraient toujours imputables de leurs actes au ministère (voir tableau 5).

Avant de se voir confier la responsabilité de « gérer les services » sur leur territoire, les conseils régionaux devaient réaliser des plans régionaux en collaboration avec tous les partenaires concernés. La décentralisation de la planification des services de santé mentale visait l'adaptation des services à la diversité des régions du Québec, «aux caractéristiques de chacune des régions, aux besoins de leur population et à la configuration de leurs ressources. Dans cette optique, la décentralisation représente un moyen de recentrer les services sur la personne » (p.52). On comptait sur la planification régionale pour mobiliser les partenaires autour d'une compréhension commune des problèmes et des solutions à implanter dans une région. Les limites de la participation démocratique et du partage du pouvoir entre les participants et les participantes au processus d'élaboration des plans d'organisation de services ont été fixées par le MSSS.

Hiérarchie contre polyarchie

Les non-polities qu'étaient les conseils régionaux ne sont pas des organisations souveraines et leur autonomie connaissait des limites définies par le Ministère. La participation démocratique devait alors s'exercer dans l'aire de négociation disponible qui se limitait essentiellement à des pouvoirs de type prescriptif. C'est à l'intérieur de cette aire de négociation «hétéronome» que pouvait s'exercer la participation démocratique dans les régions en matière de santé mentale.

De par leur nature de non-polities, les conseils régionaux, entre 1970 et 1989, ont été pris en étau entre leur imputabilité au Ministre et leur responsabilité de soutenir la participation et l'implication de la population. Leur double imputabilité et le peu de pouvoir qu'ils détenaient les ont conduit à l'échec quant à une véritable démocratisation des services sociosanitaires. Cet échec avait déjà été constaté «À une époque où les programmes et les politiques se font souvent plus timides et plus rares, il est même possible que l'association entre consultation et planification soit un leurre » (Forest, Bryson, Lorion, 1994, p. 148), les véritables décisions étant souvent prises en dehors

des processus de planification auxquels sont invités à participer les citoyens et les citoyennes.

La question de l'autonomie régionale est une question préalable à l'évaluation de la qualité démocratique du processus de participation à la réalisation des plans régionaux. La *Politique de santé mentale* a contribué à constituer et à faire reconnaître le secteur de la santé mentale ainsi qu'à clarifier les responsabilités publiques à cet égard cependant elle laissait peu d'espace aux conseils régionaux pour soutenir une véritable participation démocratique.

Le Ministère hésitait à se départir d'une partie de ses moyens de contrôle sur les services et le mandat qu'il confiait aux conseils régionaux relativement «à l'instauration d'un véritable partenariat» les plaçant dans une position de double imputabilité. Ils devaient d'une part rendre des comptes au Ministère auquel ils demeuraient redevables de leur mandat et d'autre part ils devaient s'assurer de l'engagement et de l'adhésion des divers groupes d'acteurs de leur régions, représentant les intérêts de la population. C'est de ce paradoxe, dont parlait plus tard Vincent Lemieux au sujet de la réforme sociosanitaire, cherchant à la fois à hiérarchiser et à démocratiser l'organisation des services.

« Le rapport de la Commission Rochon puis les projets d'élaboration successifs des ministres Lavoie-Roux et Côté conduisent à transformer les conseil régionaux en régies régionales, où l'on cherche à concilier une structuration encore plus hiérarchique du pouvoir, en consacrant ces organismes comme de «petits ministères en région», et une structuration plus polyarchique, en organisant une présence plus prononcée des citoyens dans le conseil d'administration » (Lemieux, 1994, p.118).

La dépendance des régions à l'égard du Ministère limitait à priori la portée démocratique de la planification participative à la réalisation du plan d'organisation de services en santé mentale puisque la région n'était pas souveraine et ne disposait que de peu d'autonomie. Dans le cas de la planification régionale en santé mentale, bien que le mandat reposait sur la volonté de conduire un exercice démocratique, celui-ci est déjà soumis à un lien d'autorité exercé par des technocrates au service de l'État, et en dernière instance au Ministre. Cette hétéronomie a été la contrainte la plus importante à l'exercice de la participation démocratique à la planification régionale.

Une vision éclatée de la représentation

Nous avons précédemment identifié la légitimité, comme troisième condition de la participation démocratique. La légitimité démocratique suppose que les personnes qui participent à la négociation du contrat public au sein des institutions étatiques représentent les citoyens et les citoyennes en exprimant et en négociant leurs intérêts en leur nom. Parce qu'une société n'est jamais univoque, la négociation est nécessaire; parce que les points de vue sont multiples et qu'il existe des divergences et parce qu'il y aura toujours des conflits à résoudre entre les groupes et les individus appartenant à un même État, la démocratie requiert la reconnaissance de la diversité des intérêts collectifs. L'identification des enjeux de la négociation, la reconnaissance des conflits, la constitution de groupes d'intérêts précède la négociation du projet collectif.

Les États contemporains qui se réclament de la démocratie doivent assurer la cohérence de liens multiples formant un réseau complexe d'interactions sociales. L'ensemble des liens qui régissent ces interactions doivent être reconnus comme légitimes. Ce sont ces liens entre les personnes et les divers groupes d'acteurs, entre les groupes d'acteurs entre eux, entre les citoyens, les citoyennes et l'État qui sont reconnus par tous comme légitimes dans un processus de participation démocratique.

Après avoir reçu le mandat qui leur a été confié par la Ministre Lavoie-Roux dans le cadre de la *Politique de santé mentale*, les conseils régionaux ont dû, dans un premier temps structurer le processus de participation pour réaliser les plans d'organisation de services en santé mentale. C'est en vertu des pouvoirs qui leur ont été conférés, et dans les limites de ces pouvoirs, que les conseils régionaux ont procédé à la mise sur pied du comité tripartite tel que prévu dans la *Politique de santé mentale*.

Les pouvoirs et le mandat étaient les mêmes pour toutes les régions et l'analyse des pouvoirs disponibles tout autant que l'évaluation de l'autonomie des conseils régionaux nous a permis de comprendre le contexte de la planification régionale. C'est par la structuration du processus de participation que les conseils régionaux ont véritablement débuté l'exercice de planification régionale. Ils ne détenaient pas de pouvoirs constitutifs, ils ne s'étaient pas constitués eux-mêmes et n'ont pas décidé d'eux-mêmes de réaliser des plans d'organisation de services, cependant dans l'aire de négociation qu'ils détenaient ils devaient soutenir la participation démocratique des citoyens et des citoyennes.

La participation aux plans régionaux d'organisation de services en santé mentale a été balisée par le Ministère et la conception ministérielle du partenariat et du tripartisme. Après avoir étudié la définition et les exigences ministérielles à l'égard de la composition du comité tripartite, nous identifierons les catégories d'acteurs et d'intérêts du secteur de la santé mentale au Québec. Dans un troisième temps nous analyserons l'évolution des modalités de participation et la structuration du comité tripartite et des diverses instances qui ont participé à la réalisation du PROS-SM en Montérégie. L'étude des intérêts des différents groupes d'acteurs, des modalités de nomination de membres des divers comités et de mobilisation des partenaires va finalement nous permettre d'évaluer la représentativité du comité tripartite en santé mentale de la Montérégie et du processus de participation régional.

Du partenariat au tripartisme

Le Ministère dans le cadre de *la Politique de santé mentale*, a proposé une conception ambiguë du partenariat. Il identifiait dans un premier temps les catégories de partenaires, comme étant «les personnes, les familles et les proches, les intervenants et la communauté» (*Politique de santé mentale*, p13-14). Par ailleurs lorsqu'il énonçait le mandat des conseils régionaux à qui il confiait la responsabilité de l'instauration d'un véritable partenariat, il présentait une autre image de ce partenariat, cette fois-ci sous l'angle du « tripartisme ».

Le ministère exposait une première conception du partenariat aux pages 26 et 27 de la *Politique de santé mentale*. L'identité des partenaires que sont «les personnes, les familles et les proches, les intervenants et la communauté» n'est pas là très claire. Si cette conception du partenariat avait le mérite de refléter la définition bio-psycho-sociale de la santé mentale dans une perspective systémique, si elle permettait de recentrer les services sur la personne et sa famille et si elle correspondait davantage à une vision démocratique, elle laissait néanmoins place à une certaine confusion quant à l'identité des partenaires en question.

Qui est la personne dont on parle, est-ce une personne éprouvant des problèmes de santé mentale, ou bien est-ce une personne qui risque d'avoir des problèmes de santé mentale, ou encore parle-t-on de tous les citoyens et de toutes les citoyennes? À la lecture des sections subséquentes de la Politique on peut déduire qu'il s'agissait de l'utilisateur ou de l'utilisatrice de services, c'est-à-dire des personnes qui éprouvent des problèmes importants de santé mentale. Cette perspective exclue tout un pan de

l'intervention en santé mentale, soit celui concernant la prévention et la promotion de la santé mentale qui s'adresse à une population beaucoup plus large. Si la définition de la personne dont on parle demeure très vague, la famille et les proches concernés sont désignés comme ceux qui «peuvent jouer un rôle dans la réadaptation et la réintégration sociale» (p.26) donc les familles dont l'un des membres éprouve des troubles sévères de santé mentale. La communauté était ensuite définie comme la population en général, dont les attitudes de réceptivité peuvent influencer l'intégration sociale «des malades mentaux», ou encore comme le lieu d'émergence des «initiatives communautaires» auxquelles on a associé les divers types de ressources alternatives.

Les intervenants et les intervenantes étaient également présentés comme des partenaires. Ils étaient partenaires les uns des autres au sein d'équipes pluridisciplinaires! Leur partenariat, tel qu'énoncé dans la Politique visait le partage de leurs connaissances qui «représente un défi important en santé mentale» (p.27). En plus des personnes, de leurs familles des intervenants, des intervenantes et de la communauté, d'autres partenaires que ceux du réseau de la santé et des services sociaux étaient également interpellés, soit «divers secteurs reliés à la santé mentale».

« Le partenariat suppose la mobilisation concertée de la personne, de ses proches, des intervenants, de la communauté, des ressources publiques et de celles du milieu. Il 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 » (p. 26).

Le partenariat qu'on nous proposait se jouait autour de la prestation des services en santé mentale et autour de l'équation production-consommation des services publics. Les usagers, les usagères, leur famille, les intervenants et les intervenantes sont les premiers termes de cette équation. La communauté qui est considérée sous l'angle de sa capacité d'accueil des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou encore comme le lieu d'émergence des organismes communautaires, ainsi que les «autres secteurs reliés à la santé mentale» qui peuvent contribuer «à accroître la diversité et l'efficacité des services» appartiennent à cette même équation de production-consommation de services. C'est autour de cet axe sémantique que devait se construire le partenariat confié aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux: la citoyenneté était ainsi réduite au rapport de consommation et de production des services publics.

Les instructions du Ministère quant à la composition du comité tripartite offraient une autre image du partenariat, en fonction cette fois-ci de trois groupes d'intérêts. Cette

autre définition du partenariat reflétait le même type de conception centrée sur l'axe production-consommation de services.

Si «faire de la personne un partenaire véritable implique de poser des gestes concrets qui favorisent sa participation à tous les niveaux possibles et qui lui permettent d'influencer la prise de décision [...] C'est toutefois dans l'organisation des services que le partenariat se révèle la façon privilégiée d'oeuvrer en santé mentale» (p.26-27). Cette affirmation a conduit le Ministère à confier aux conseils régionaux la responsabilité de réaliser des plans d'organisation de services avec leurs « partenaires » régionaux. C'est pour atteindre l'un des cinq objectifs de *la Politique de santé mentale*, soit celui visant à «consolider le partenariat» que les conseils régionaux devaient réaliser des plans d'organisation de services en collaboration avec des comités tripartites. Divers moyens répertoriés dans *la Politique de santé mentale* invoquaient la mobilisation de partenaires, mais c'est principalement la démarche de réalisation des plans d'organisation de services qui devait contribuer à l'instauration du partenariat.

Au sein du comité tripartite la représentativité des «partenaires» était fondée sur la participation de personnes représentant les établissements publics « du réseau de la santé et des services sociaux, incluant les ressources dites intermédiaires, qui dispensent des services de santé mentale ou qui sont potentiellement en mesure, selon leur mandat, d'en offrir» pour le premier tiers; «d'organismes communautaires, actifs en santé mentale» pour le second tiers et «le dernier tiers est composé des représentants des différentes communautés de la région et des organisations engagées dans des secteurs dont les actions peuvent avoir une influence sur la promotion de la santé mentale, la prévention et la réinsertion» (p. 54).

Le Ministère ne précisait pas davantage les catégories d'établissements qui pouvaient participer au premier tiers. Les établissements de santé et de services sociaux étaient par ailleurs définis dans *la Loi sur les services de santé et les services sociaux*. En 1989, lors de la parution de *la Politique en santé mentale* les établissements sociosanitaires étaient regroupés en quatre catégories: soit les centres hospitaliers, les centres locaux de services communautaires, les centres de services sociaux et les centres d'accueil. Si tous ces établissements pouvaient offrir des services en santé mentale aucun d'eux ne détenait une mission exclusive à ce secteur d'activité. Dans les faits seule une sous-catégorie d'établissements offrait des services exclusivement dans le secteur de la santé mentale, c'est-à-dire les centres hospitaliers psychiatriques.

La reconnaissance des organismes communautaires était l'un des enjeux majeurs de *la Politique de santé mentale*. Cette reconnaissance a fait l'objet de pressions importantes du réseau communautaire québécois, tant dans le secteur de la santé mentale que dans l'ensemble des services sociosanitaires. La Politique distinguait deux types d'organismes communautaires. «Les groupes communautaires de services offrent directement aux personnes en besoin des services diversifiés. Les groupes d'entraide, pour leur part, regroupent des personnes qui désirent trouver elles-mêmes une réponse à leur situation » (p.50). La participation des organismes communautaires en tant que deuxième tiers au comité tripartite consacrait et reconnaissait leur contribution au processus de planification en santé mentale. Les conseils régionaux devaient s'assurer que ces organismes disposent des moyens nécessaires à leur participation, «leur participation doit être assurée, notamment en leur donnant les possibilités, matérielles et administratives, de participer aux décisions» (p.50). Le Ministère définissait les organismes communautaires comme des organisations à but non lucratif (OSBL) issues de la communauté, dont les activités sont offertes par des bénévoles ou des personnes rémunérées. Dans sa Politique il exigeait de ces organismes qu'ils soient soutenus financièrement ou autrement par la communauté et que leur conseil d'administration soit majoritairement composé d'usagers et de personnes du « milieu ». C'est par le biais de la participation des organismes communautaires que pouvaient être représentées «les personnes, leurs familles et la communauté».

La composition du 3^e tiers visait également la représentation de la communauté. Elle devait permettre en outre la participation de secteurs d'activité connexe au domaine de la santé mentale. Cette troisième catégorie demeurait assez vague. S'agissait-il des secteurs des affaires municipales, de l'habitation, de l'éducation, de la justice, du travail avec lesquels le ministère de la Santé et des Services sociaux comptait s'engager au sein d'un comité provincial dans un projet de «partenariat gouvernemental, regroupant des ministères et des organismes gouvernementaux dont les actions peuvent avoir un impact sur la santé mentale de la population [...] Parce que la partenariat trouve assise au gouvernement [...] à la faveur d'un élargissement de la perspective en santé mentale et du règlement d'un certain nombre de problèmes jugés prioritaires»? (p.56) S'agissait-il des catégories d'établissements de santé et de services sociaux spécialisés auprès d'autres clientèles comme les personnes présentant une déficience intellectuelle, les jeunes en mésadaptation, les personnes âgées? Ou bien encore s'agissait-il d'organismes communautaires ayant une vocation en violence conjugale, en prévention du suicide ou en itinérance? S'agissait-il de toute autre organisation ou groupe d'intérêt

concerné par la santé mentale qui ne serait ni un établissement public, ni un organisme communautaire, comme par exemple une corporation professionnelle, un syndicat, ou encore pouvait-il être question d'une organisation du milieu de la recherche ou de l'enseignement?

Les conseils régionaux ont dû répondre à ces questions avant de mettre sur pied leur comité tripartite et ont interprété chacun à leur manière les directives ministérielles. Dans certaines régions du Québec, la classification des associations syndicales, des organismes communautaires pour femmes en difficultés ou des organismes communautaires ayant une vocation dépassant le secteur de la santé mentale, dans l'un ou l'autre des trois tiers a fait l'objet de plaintes et provoqué l'intervention ministérielle.

Le nombre de personnes devant composer les comités tripartites régionaux n'était pas non plus spécifié, quoiqu'on puisse conclure que chacun des trois tiers devait accueillir le même nombre de membres. En plus de la mise en place du comité tripartite, la *Politique de santé mentale* exigeait que les conseils régionaux soumettent les plans d'organisation de services à une « consultation élargie » auprès des partenaires avant son adoption par le Ministère.

« Au terme de la démarche de planification, la région dispose d'un plan d'organisation de services. Avant son adoption par le conseil d'administration du conseil régional, le plan doit faire l'objet d'une consultation élargie auprès de tous les partenaires. Il appartient à chaque conseil régional de déterminer les modalités d'application du processus, dans un esprit de partenariat » (*Politique santé mentale*, p. 54).

C'est à partir de cette vision du partenariat que les conseils régionaux devaient structurer le processus de participation au PROS-SM en santé mentale de leur région. La représentativité au sein du comité tripartite des intérêts de la population devait donc être médiatisée par des organisations publiques ou communautaires et concernait plutôt les producteurs de services publics, communautaires et privés plutôt que les usagers et les usagères ou les citoyens et les citoyennes. Que ce soit dans la définition des partenaires ou dans la composition du comité tripartite ces derniers n'étaient pas comme tels considérés. Quant aux usagers et aux usagères, s'ils étaient reconnus comme des partenaires aux pages 26 et 27 de la Politique ils ne constituaient pas un groupe d'intérêt devant être explicitement représenté au sein du comité tripartite. C'est par le biais des groupes communautaires d'entraide qu'ils pouvaient, le cas échéant, faire entendre leur voix. D'une logique de consommation-production des services présentée dans les sections qui identifiaient les partenaires, la composition du comité tripartite nous a

entraînés vers une perspective dominée par les producteurs de services publics. La définition du comité tripartite livrée par le MSSS a conditionné la représentativité des personnes appelées à défendre les intérêts de la population et limité le processus de représentation démocratique, bien avant que les conseils régionaux soient à pied d'oeuvre.

La diversité des acteurs en santé mentale

Avant d'évaluer la représentativité des personnes qui ont participé à la planification des services de santé mentale en Montérégie nous allons d'abord identifier les différentes catégories d'acteurs dans le secteur de la santé mentale au Québec pour tenter de comprendre quels étaient leurs intérêts et leur motivation à participer à la planification régionale des services de santé mentale.

À partir de certains documents ministériels définissant les rôles et les responsabilités de chacun d'eux et plus particulièrement à partir des positions qu'ont exprimé les acteurs eux-mêmes dans le cadre de la consultation dirigée par la Commission des Affaires sociales sur le projet de politique du Comité Harnois nous avons identifié les catégories d'acteurs en présence et analysé leurs intérêts. Un document ministériel inédit de 600 pages présentait une synthèse de 79 mémoires déposés à cette occasion (MSSS, 1987a). L'ensemble des mémoires et leur analyse a porté sur les principaux enjeux du projet de politique soit notamment:

- La définition de la santé mentale, les orientations et les principes de la politique
- Le rôle de l'État
- Les droits des personnes
- Les plans de services individualisés
- Le répit aux familles, l'information et la gamme de services
- Les besoins des clientèles connexes et les épiphénomènes
- La répartition des rôles et des responsabilités entre les distributeurs de services
- La reconnaissance et le financement des ressources communautaires et alternatives
- Le rôle et la contribution des différentes catégories de professionnels
- La désinstitutionnalisation
- La répartition des ressources financières
- La formation et la recherche
- La régionalisation, la planification régionale et le rôle des CRSSS

Tous ces thèmes ont été abordés par les groupes et les personnes ayant participé à la consultation, bien que certains mémoires n'aient abordé qu'une partie de ces enjeux. Les principaux enjeux faisant l'objet d'un débat et suscitant les positions les plus divergentes sont la notion de santé mentale élargie qui ne fait pas l'unanimité et la place respective des diverses catégories d'acteurs que ce soit d'un point de vue organisationnel (alors que s'opposent établissements publics et ressources alternatives) ou du point de vue professionnel (entre les corporations professionnelles et les intervenants communautaires). La plupart des mémoires déplore le fait que le Ministère n'ait pas précisé la répartition des responsabilités entre les acteurs et que la Politique ne soit pas assortie d'une analyse et d'une planification financière. Plusieurs répondants expriment le souhait que la notion de partenariat soit précisée.

À la lecture des propos des différents groupes, on constate que la définition du partenariat, telle que proposée dans le projet de politique génère une grande confusion. Trop vague pour les uns, elle réfère pour certains à la relation entre les personnes, les intervenants et la communauté, pour les autres le partenariat est compris comme les interactions des différentes corporations professionnelles et organisationnelles, finalement pour un dernier groupe, le partenariat fait référence à la planification et à la coordination régionale.

L'analyse plus détaillée des positions des acteurs effectuée pour les fins de la présente recherche est présentée à l'annexe 1. Nous avons recherché et retenu les propos et les positions des acteurs concernant trois thèmes principaux autour desquels se construit leur légitimité, soit

- leur réaction quant à l'élargissement de la notion de santé mentale, la redéfinition du rôle de l'État et des responsabilités publiques dans le secteur de la santé mentale,
- leur conception de l'intervention, de leur rôle respectif, de la répartition des responsabilités et des ressources entre les différents groupes de producteurs de services,
- et finalement leur vision de la coordination de l'ensemble du système, de la planification régionale et du partenariat.

Afin d'évaluer la représentativité du comité tripartite nous avons regroupé les acteurs d'abord en fonction des trois tiers, nous avons ensuite isolé les conseils régionaux

comme des acteurs appartenant à un « quatrième tiers », comme les ont désignés ultérieurement les participants et participantes à la planification régionale des services de santé mentale, et finalement nous avons recensé les acteurs qui ne peuvent être classés dans l'un de ces quatre « tiers » et qui ont ainsi été écartés du processus de planification régionale.

Le 1er tiers: des intérêts corporatistes

Le premier tiers du comité tripartite devait être composé d'établissements publics offrant des services de santé mentale à la population. En 1989 il existait en vertu de la Loi, quatre catégories d'établissements publics soit les centres hospitaliers, les centres de services sociaux, les centres locaux de services communautaires et les centres d'accueil. Ces établissements n'étaient pas tous également concernés par le secteur de la santé mentale. Les services et les ressources étaient principalement concentrés dans les centres hospitaliers psychiatriques et les départements de psychiatrie de courte durée. Les centres de services sociaux (CSS) concentraient leur intervention auprès des personnes présentant un problème de santé mentale hébergées en famille d'accueil, les centres d'accueil et d'hébergement offraient des services d'hébergement en internat ou en pavillons et les centres d'accueil de réadaptation, indirectement concernés, offraient des services à d'autres clientèles dites connexes, c'est-à-dire en déficience intellectuelle, en alcoolisme et toxicomanie et finalement en mésadaptation sociale. Les CLSC quant à eux commençaient à s'impliquer en santé mentale surtout au niveau de la première ligne et de la prévention. Certains CSS et certains CLSC de la province avaient joué en outre un rôle majeur dans le développement des organismes communautaires.

Sur les 79 mémoires analysés par le Ministère, vingt ont été déposés par des associations, des organisations ou des personnes représentant les établissements publics de santé et de services sociaux et les corporations ou associations professionnelles que l'on peut associer à l'une ou l'autres des catégories d'établissements publics¹⁸. Bien que tous ces groupes soient classés comme

¹⁸ Bien que les corporations professionnelles ne fassent pas explicitement partie du premier tiers nous avons également retenu leurs propos pour mieux comprendre la position de la catégorie d'établissements dans laquelle ils étaient principalement engagés en 1989.

appartenant au premier tiers, ils ne sont pas unanimes sur plusieurs des enjeux en cause.

Faisant partie de la catégorie des centres hospitaliers, les centres hospitaliers psychiatriques ont longtemps été les seuls établissements publics à offrir des services psychiatriques en santé mentale. Bien qu'aujourd'hui leur pratique se soit diversifiée et que d'autres catégories d'établissements publics se soient engagés dans le secteur de la santé mentale, ils sont encore les seuls établissements à consacrer leurs ressources exclusivement au secteur de la santé mentale. Une partie importante, quoique décroissante, des ressources financières dans le secteur de la santé mentale est concentrée dans ces établissements ¹⁹. Au cours des années soixante-dix, dans le cadre de la désinstitutionnalisation et de la réforme du secteur de la santé mentale les hôpitaux de courte durée se sont vu obligés de créer des départements de psychiatrie de courte durée. Les départements de psychiatrie dans tous les hôpitaux généraux de la province ont instauré une pratique de secteur avec des équipes de « psychiatrie communautaire ». Ces départements ont développé des services d'hospitalisation de courte durée, des services externes d'intervention, de traitement et de réadaptation et des services d'évaluation et d'orientation dans les urgences ²⁰.

Dans le cadre de la consultation sur le *Rapport Harnois* les associations, les groupes et les personnes du secteur hospitalier ont déposé 13 mémoires. La plupart des groupes du milieu psychiatrique et médical étaient en désaccord avec l'élargissement de la notion de santé mentale et la définition proposée dans le *Rapport Harnois*, qui risque d'occulter les problèmes de santé mentale; ils étaient par voie de conséquence souvent contre la distinction entre le champ et le domaine. Plusieurs souhaitaient que l'on privilégie les personnes éprouvant des troubles sévères et craignaient que l'engagement de l'État envers des clientèles éprouvant des problèmes moins importants ou dans le secteur de la prévention, secteur dont l'efficacité n'avait pas encore été démontrée, ne contribue à disperser les ressources financières déjà insuffisantes.

19 En 1994-1995, plus de 500 millions sont encore dépensés dans les centres hospitaliers psychiatriques et les centres hospitaliers de soins de longue durée, sur le 1,2 milliard de dollars consacrés au secteur de la santé mentale. (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997)

20 En 1994-1995 les centres hospitaliers consacraient 286 millions de dollars au secteur de la santé mentale.

La Corporation professionnelle des médecins exprimait son désaccord avec la notion de santé mentale qui occulte la notion de maladie mentale remplacée «par une notion d'harmonie de l'individu dans le beau paysage de l'utopie». Le « champ » devait être prioritaire «c'est au niveau de la troisième ligne, qui dessert les malade psychiatriques chroniques, que la priorité doit être donnée». On ne devrait pas investir dans la 1ère ligne, «dans le contexte économique actuel, pour augmenter sa capacité de servir dans le réseau public les *insatisfaits* ou même les personnes en crise psychosociale sans composante psychiatrique» qui peuvent compter pour la plupart sur un réseau social de soutien pour traverser «les vicissitudes de la vie». Si elle exprimait son accord à l'égard de la désinstitutionnalisation elle affirmait que celle-ci était la responsabilité exclusive des établissements visés.

Plusieurs des mémoires provenant du secteur hospitalier exprimaient le souhait que les notions de 1ère, 2è et 3è ligne soient clarifiées et que les responsabilités des différents établissements soient précisées. L'Association des hôpitaux déplorait que le Ministère «désigne les acteurs, mais n'ose distribuer les rôles et reste muet quant à la mise en scène».

Le rôle des hôpitaux et des départements de psychiatrie suscite les commentaires de la plupart des organisations hospitalières. Les hôpitaux psychiatriques ou les départements de psychiatrie devraient être considérés comme les principaux distributeurs de services pour la gamme de service en santé mentale. Ils ont l'expertise nécessaire pour réaliser la désinstitutionnalisation cependant qu'un « espace asilaire » demeure toujours nécessaires. Certains auteurs s'insurgeaient contre une vision aliéniste et réductrice des centres psychiatriques et de la psychiatrie.

Plusieurs de ces groupes déploraient aussi que les ressources nécessaires pour implanter la Politique n'aient pas été prévues et que les moyens de répartir équitablement ces ressources entre les régions n'aient pas non plus été étudiés.

La reconnaissance de l'expertise propre à chacune des professions était au cœur du débat pour les associations et les corporations professionnelles, les psychiatres, les médecins, les psychologues, les infirmières et les infirmiers, chacun des groupes affirmant qu'il détient une expertise devant être privilégiée dans le cadre de l'approche bio-psycho-sociale.

Les associations et corporations médicales dénonçaient une pénurie de psychiatres et de médecins qui seraient les seuls professionnels véritablement aptes à intervenir dans le

secteur de la maladie mentale parce que «les maladies mentales qui affligent un si grand nombre de nos concitoyens demeurent un problème essentiellement médical. Toute politique de la santé mentale doit s'appuyer sur un savoir solide plutôt qu'idéologique qui nous vient de la recherche scientifique et qui doit se diffuser par l'enseignement à tous les intervenants» (Corporation professionnelle des médecins).

La Corporation des psychologues du Québec insistait sur la nécessité de reconnaître l'expertise de chacune des catégories de professionnels dans la *Politique de santé mentale* « aucun partenariat ne saurait être défini sans que l'on reconnaisse au préalable l'égalité et l'expertise spécifique des divers intervenants pour ensuite utiliser au maximum la spécificité de ces expertises». Pour la Corporation professionnelle des psychologues, les psychiatres et les psychologues sont les deux seules catégories de professionnels qui détiennent une expertise spécialisée dans le secteur de la santé mentale; c'est pourquoi elle s'opposait à la formation et à l'engagement des omnipraticiens dans le secteur de la santé mentale.

L'Association québécoise des Infirmières et Infirmiers en Psychiatrie et l'Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec étaient plus réceptifs quant à l'élargissement de la notion de santé mentale. Ils réclamaient une plus grande reconnaissance de leur expertise, dans un esprit de véritable partenariat. Le partenariat serait dangereux si les pouvoirs n'étaient pas répartis également entre tous les acteurs, il pourrait devenir alors source de domination ou d'isolement. L'Association québécoise des Infirmières et Infirmiers en psychiatrie suggérait que le partenariat est «un ensemble d'acteurs, réunis sur un plan horizontal avec les mêmes responsabilités, le même pouvoir décisionnel face à une cible commune et en interaction les uns avec les autres». Le partenariat doit se jouer à tous les niveaux, individuel, familial, corporatif et gouvernemental.

Pour la plupart de ces groupes le concept de partenariat fait référence aux rapports de force entre les professions. Deux associations se disaient en faveur de la planification régionale. L'Association des hôpitaux du Québec, qui représentait notamment les départements de santé communautaire, était favorable à la planification régionale et faisait valoir l'expertise des DSC en ce domaine. La Table de concertation des chefs de départements de psychiatrie de la Montérégie était également favorable au partenariat et la planification régionale confiés au conseils régionaux, à condition qu'ils détiennent les pouvoirs et les ressources financières indispensables à cet exercice.

Les centres de services sociaux (CSS) se sont progressivement impliqués dans le processus de désinstitutionnalisation en développant des ressources intermédiaires variées: familles d'accueil, foyers de groupe, organismes communautaires d'hébergement. L'Association des centres de services sociaux du Québec rappelait dans son mémoire que les familles d'accueil recevaient le tiers des clientèles en « milieu substitut ». L'Association affirmait que ces ressources méritaient d'être mieux financées et que leur nombre devait être accru.

Les CSS ont également joué un rôle actif au niveau des services psychosociaux de soutien à la famille et d'intégration sociale des personnes. Le Projet de Politique recommandait d'augmenter les ressources psychosociales ²¹ et l'Association des centres de services sociaux du Québec, tout comme l'Association des praticiens en Service social en milieu de Santé du Québec et la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec se réjouissaient de cette perspective.

Ces trois associations exprimaient leur adhésion à l'égard de la définition élargie de la santé mentale et de la révision du rôle de l'État, à la condition que l'État ne se déresponsabilise pas à l'égard de la santé mentale de la communauté. Pour l'Association des praticiens en Services social, recentrer les services sur la personne et sa famille requerrait un changement de mentalité. De l'avis de leur corporation professionnelle l'expertise des travailleurs sociaux portait justement sur la relation entre la personne et l'environnement qui fonde la nouvelle définition de la santé mentale. Les trois associations réclamaient que l'expertise propre aux travailleurs sociaux soit davantage reconnue. «La multidisciplinarité ne sera sauvegardée qu'en autant que le respect de la spécificité sera assurée» (Association des praticiens en Service social en Milieu de Santé du Québec).

Finalement, en matière de partenariat, celui-ci devait reposer sur le respect des rôles de chacun, sur la disponibilité d'une enveloppe régionale et sur la cohérence et la complémentarité entre les politiques et les actions des divers ministères et réseaux.

²¹ En 1991, la Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux (L.R.Q., ch 42) a écarté les CSS du secteur de la santé mentale en réduisant leur mandat à la protection de la jeunesse. Les familles d'accueil et les travailleurs sociaux oeuvrant auprès des adultes en santé mentale ont été transférés vers d'autres catégories d'établissements: centres hospitaliers, CLSC ou centres de réadaptation. Cette orientation n'était pas connue lors de l'élaboration du plan en santé mentale de la Montérégie.

Les CLSC se sont impliqués dans le secteur de la santé mentale plus tardivement soit au cours des années 1980²². C'est à la faveur de l'élargissement de la notion de santé mentale qu'ils se sont peu à peu engagés. L'inclusion dans la Politique de santé mentale, au sein de la «gamme essentielle de services» des services de promotion, de prévention et des services dits «de base» qui sont des services non spécialisés «de première ligne» interpellait plus particulièrement les CLSC et leur mission telle que définie par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. De plus, dans le cadre de la désinstitutionnalisation, de la réorganisation et du déplacement des services vers la communauté les CLSC détenaient une expertise enviable en matière d'organisation communautaire, de services de répit aux familles ou de services psychosociaux.

Dans son mémoire adressé à la Commission des Affaires sociales, tout comme l'ont demandé plusieurs autres acteurs, la Fédération des CLSC insistait auprès du Ministère pour qu'il clarifie les rôles des différentes catégories d'établissements. Les CLSC affirmaient être prêts à assumer les services de première ligne en santé mentale. Ils pouvaient également intervenir en prévention, en réadaptation et au niveau du soutien aux familles. La Fédération souhaitait que les ressources soient réparties équitablement et que les transferts des travailleurs sociaux des CSS vers les CLSC soient complétés.

L'Association des CLSC prônait une philosophie d'intervention communautaire, tout comme le *Rapport Harnois* et déplorait que le réseau public déjà existant, incluant les CLSC, ne soit pas davantage mis à contribution plutôt que de développer des ressources en marge du système public. Les CLSC partageaient avec les organismes communautaires une philosophie d'intervention centrée sur les personnes, leur famille et leur réseau social et ils exprimaient leur accord quant à la nécessité de doubler le budget de ces organismes mais ils mettaient en garde le gouvernement de créer un «nouveau réseau public» parallèle. Les organismes communautaires devaient toutefois demeurer autonomes.

²² En 1989 il était difficile d'estimer les budgets consacrés au secteur de la santé mentale dans les CLSC, les services n'étaient pas regroupés au sein d'un programme particulier mais étaient intégrés aux services généraux des CLSC disponibles à l'ensemble de la population. En 1995, ces budgets étaient estimés à 35,9 millions de dollars (MSSS, 1997) ce qui représentait un peu plus de 4% du budget alloué à l'ensemble des établissements publics en santé mentale (excluant le coût des médicaments et le salaire des médecins versé par la RAMQ).

Quant au partenariat et à la planification régionale ils doutaient de la capacité des conseils régionaux et affirmaient préférer que le Ministère encadre la démarche de planification régionale.

Certains centres d'accueil d'hébergement au Québec hébergeaient des adultes présentant des troubles de santé mentale en pavillons «psychiatriques». Les pavillons étaient considérés dans le rapport Harnois comme des ressources intermédiaires au même titre que les familles d'accueil et les foyers de groupes développés par les CLSC. Soit ces pavillons dépendaient d'un centre d'accueil et offraient des services «hors les murs, dans la communauté» soit ils assumaient certains services de manière autonome et entretenaient des liens sous forme contractuelle avec un établissement public auquel cas l'établissement garantissait la portion des services plus spécialisés alors que la ressource intermédiaire assumait les aspects du gîte et du couvert. Les ressources intermédiaires étaient de petite dimension. Elles ont été créées par des établissements publics, principalement par les CSS et par les centres d'accueil. Elles prenaient la forme de pavillons et de centres de jour dans le cas des centres d'accueil et elles prenaient la forme de familles d'accueil, de foyers de groupe ou d'appartements supervisés dans le cas des centres de services sociaux.

En outre les centres d'accueil de réadaptation étaient indirectement concernés par le secteur de la santé mentale, soit les centres d'accueil en déficience intellectuelle, en alcoolisme et toxicomanie et les centres d'accueil pour jeunes mésadaptés socio-affectifs. Ces centres étaient concernés dans la mesure où la population qu'ils desservaient pouvait aussi présenter des troubles de santé mentale, et c'est à ce titre que l'Association des centres d'accueil du Québec a transmis son mémoire à la Commission des Affaires sociales sur le *Rapport Harnois*. L'Association des centres d'accueil du Québec exprimait son accord quant au projet de politique. Elle demandait cependant que la définition permette de distinguer clairement les problèmes de santé mentale des problèmes de déficience intellectuelle. On déplorait que les rôles respectifs des établissements publics et des différents professionnels n'aient pas été clarifiés. L'Association s'intéressait plus particulièrement aux mécanismes de concertation et au rôle que les centres d'accueil seraient appelés à jouer au sein de ces mécanismes.

Le 2^e tiers: une philosophie d'intervention

Une nouvelle catégorie d'organismes a vu le jour au cours des années soixante-dix, pour se multiplier et se répandre progressivement dans toutes les régions du Québec,

soit les ressources alternatives en santé mentale. Issues de l'initiative de personnes ou de groupes de la communauté, elles détenaient des chartes relevant de la Loi sur les compagnies et étaient des organisations sans but lucratif (OSBL). Si en 1989 elles n'étaient pas encore reconnues par la *Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux*, la reconnaissance de leur contribution en tant que groupes communautaires de services et en tant que groupes d'entraide et leur participation au processus de planification régionale constituaient des enjeux majeurs de la *Politique de Santé mentale*.²³ Le *Rapport Harnois* affirmait qu'il était nécessaire de reconnaître les

« groupes communautaires [...] leur concéder une place concrète dans l'intervention à la mesure de leur capacité, leur donner une voix au chapitre dans la dispensation des services, les légitimer dans l'exercice de leurs compétences » (Rapport Harnois, p.80).

Leur reconnaissance a été confirmée dans la *Politique de santé mentale* qui leur accordait une double légitimité. Elles ont accédé, en tant qu'organismes communautaires en santé mentale, à la fois à la reconnaissance de leur expertise en tant que distributeurs de services et elles ont été reconnues comme représentant les intérêts des personnes en difficulté et de leurs familles. Cette double légitimité leur a gagné le tiers des sièges au comité tripartite en santé mentale, dans le cadre de la planification régionale.

Ces organisations ont émergé dans le cadre de la désinstitutionnalisation en psychiatrie et ont contribué à remettre en question la vision psychiatrique, biomédicale de la maladie mentale. Ces petites organisations fondées sur l'engagement et les convictions de parents, de personnes, d'intervenants et d'intervenantes progressistes, ont joué un rôle de plus en plus important en tant que groupes de pression. Ce sont des organismes qui se sont développés à partir de subventions provenant de sources diverses afin de soutenir l'intégration sociale des personnes souffrant de troubles de santé mentale.

Les ressources alternatives étaient portées par une vision sociale de la santé mentale, réclamant la responsabilisation de la collectivité à l'égard de la santé mentale de la population et des personnes, interpellant l'engagement de tous et exigeant la reconnaissance des droits des personnes. Le mouvement communautaire a contribué à redéfinir le contour du champ de la santé mentale, à renouveler les pratiques, à redéfinir

²³ La Loi de 91 reconnaissait la contribution des organismes communautaires dans le réseau de la santé et des services sociaux.

la répartition des responsabilités, non seulement entre les divers établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux mais également et surtout entre la société civile et l'État.

Les «ressources alternatives en santé mentale» se sont regroupées provincialement et ont contribué à mobiliser plusieurs catégories d'acteurs civils dans le secteur de la santé mentale: groupes de « parents et amis du malade mental», groupes d'usagers, groupes d'entraide, groupes de promotion des droits des personnes et d'accompagnement. Elles ont également diversifié leur pratique d'intervention: à l'intervention auprès de personnes éprouvant des problèmes graves de santé mentale, se sont ajoutées l'intervention de crise, l'intervention et la prévention du suicide, l'intervention féministe, etc. Leur champ d'intervention s'est considérablement élargi au cours des années quatre-vingt et le pouvoir du mouvement communautaire dans le secteur de la santé mentale s'est accru d'autant.

Les ressources alternatives ont gagné une popularité croissante pour leur dévouement, leur créativité, leur capacité à s'adapter aux besoins des personnes et leur engagement envers la défense des droits des «psychiatrisés». Toujours en lutte pour faire valoir une philosophie d'intervention qui redonnerait du pouvoir aux personnes et valoriserait leurs forces, soutiendrait leur autonomie en brisant la relation de dépendance aux professionnels et à leur expertise, elles ont dû lutter également pour assurer leur financement tout en préservant leur autonomie. Alors que la plupart des associations d'établissements, des associations et des corporations professionnelles tentaient de faire reconnaître leur expertise justifiant ainsi un certain rapport de domination entre le «thérapeute et son client» les ressources alternatives remettaient en question ce type de rapport qu'elles voulaient inverser. Dans le cadre de la consultation sur le *Rapport Harnois* plusieurs regroupements communautaires se sont prononcés et ont fait valoir cette philosophie d'intervention.

Dans le document synthèse du Ministère, cinq regroupements provinciaux, six regroupements régionaux, huit ressources alternatives et une personne ont présenté des mémoires qui ont été synthétisés par le MSSS. Compte tenu des ressources humaines et financières dont chacune des différentes catégories d'acteurs concernés par le champ de la santé mentale disposaient au moment de la consultation sur le *Rapport Harnois*, la participation des organismes communautaires a été remarquable.

L'ensemble des mémoires présentés par les associations et les regroupements du 2^e tiers sont marqués par une grande homogénéité et une grande cohésion du discours. La concertation provinciale et régionale de ces ressources explique en partie le degré d'unanimité dont témoignent les mémoires sur les enjeux en présence. Plusieurs organisations ont en fait repris à leur compte les propositions du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec.

Si chacun des cinq regroupement provinciaux insistait sur les aspects qui les distinguaient l'un de l'autre quant à leur contribution respective dans le secteur de la santé mentale, tous les groupes manifestaient leur satisfaction à l'égard d'une politique qui accordait la primauté à la personne, considérait ses droits, et envisageant la collaboration de la famille et de la communauté. La philosophie du rapport rejoignait celles des ressources alternatives. Elles convenaient de l'importance de redonner plus de pouvoir aux personnes et aux familles et de la nécessité de collaborer avec d'autres secteurs d'activité dans une perspective intersectorielle, pour agir sur l'ensemble des facteurs socio-économiques qui déterminent la santé mentale des personnes et de la population.

La question de la reconnaissance et de la place des ressources communautaires suscitait davantage d'insatisfactions. Les groupes d'acteurs du 2^e tiers étaient en désaccord quant au remplacement de l'appellation « ressource alternative » par ressource communautaire; cette modification évacuait le rôle de remise en question des services psychiatriques et institutionnels que les ressources alternatives ont voulu jouer au cours de la décennie 80. Les ressources alternatives sentaient que leur contribution était mal reconnue et que leur approche globale était incomprise. Elles rejetaient la proposition de classement des ressources et elles réclamaient un meilleur financement et une plus grande stabilité de leurs subventions ²⁴.

Le groupe provincial Auto-Psy déplorait que les droits des personnes aient souvent été ignorés en psychiatrie. Tout comme le regroupement des ressources alternatives il

²⁴ Les ressources alternatives demandaient un budget annuel de 50 millions avant cinq ans. Le budget des organismes communautaires en santé mentale pour l'année financière 1986-1987 était estimé à 4 millions de dollars (Harnois, p.85). En 1995, il s'élevait à 35,2 millions (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, p.41)

souhaitait la mise sur pied d'un système «d'advocacy» indépendant du réseau de services, auquel participerait majoritairement des personnes «psychiatisées». Auto-psy demandait l'adoption de mesures de protection des droits des personnes comme décréter le libre choix du thérapeute, abolir les techniques aversives, réglementer les mesures coercitives et la déclaration de cure fermée. Quant aux comités de bénéficiaires il devrait y en avoir dans tous les hôpitaux. Cette recommandation a été reprise dans plusieurs mémoires. Auto-Psy affirmait que l'utilisation d'une ressource communautaire, en règle générale, devrait avoir priorité sur tout autre type de service.

Les mémoires des groupes communautaires étaient marqués par le débat constant au sein du milieu communautaire, et dans ses rapports au gouvernement, sur la distance entre la société civile et la société publique. Ce discours supportait une philosophie qui veut redonner du pouvoir aux personnes et soutenir leur intégration active et responsable dans la communauté. Le rapport de domination des professionnels et des experts était dénoncé et une vision globale de la personne, de ses conditions de vie et de ses besoins était au centre des modes d'intervention dans le réseau communautaire. On y préférait l'action collective, communautaire, locale, à l'intervention individuelle et individualiste. Un débat sur la place du mouvement communautaire, de ses liens avec l'État et la volonté de participer plus démocratiquement aux décisions publiques accompagnait le processus d'émergence et de consolidation de ce réseau. D'une part les ressources alternatives voulaient être reconnues et financées par l'État, d'autre part elles étaient jalouses de leur autonomie et voulaient préserver leur philosophie d'intervention axée sur les personnes et la communauté et valorisant une civilité active.

Plusieurs mémoires du 2^e tiers exprimaient leur accord avec la planification régionale et les ressources alternatives souhaitaient y participer. C'est le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, suivi par plusieurs de ses membres, qui a proposé que le comité de planification régional soit tripartite, afin de démocratiser l'organisation des services, malgré une certaine crainte face à la récupération de leur dynamisme par les technocrates. Ce risque, a été clairement exprimé par Gilles Bibeau.

« Les gouvernements doivent certes continuer à s'appuyer sur les organismes communautaires et sur le dynamisme des différents milieux sociaux mais il faut à tout prix éviter le danger d'un double dérapage, du côté du gouvernement qui peut cacher une philosophie sociale de désimplification sous couvert du soutien apporté au secteur communautaire, et du côté communautaire qui risque de se laisser entraîner, contre des compensations financières souvent

symboliques, dans une fonctionnarisation de ses pratiques »
(Bibeau, 1996, p. 73)

Le 3^e tiers: de l'indifférence à l'action politique

Quatorze groupes pouvant être classés dans le troisième tiers et provenant d'organisations « dont les activités peuvent avoir une influence sur la santé mentale de la population », se sont exprimés dans le cadre de la consultation sur le *Rapport Harnois*. Bien que certains de ces groupes aient des intérêts qui dépassent les frontières du système sociosanitaire, comme les centrales syndicales, Centraide ou la Fédération des Unions des familles, tous les groupes qui ont répondu entretenaient des liens avec le système sociosanitaire québécois (public et communautaire).

Les autres secteurs d'activités du système public ou privé sont restés muets. Dans la synthèse des mémoires préparée par le Ministère parmi les soixante-dix-neuf mémoires résumés il n'y a en aucun en provenance des municipalités, du secteur du transport, du travail ou du secteur privé. En provenance de tout le secteur de l'éducation, seulement deux départements universitaires se sont prononcés, soit un département de psychiatrie et un département de sciences infirmières. La plupart des partenaires provenant d'autres secteurs d'activité qui ont été interpellés dans le cadre du projet de politique et qui devaient participer à la planification régionale des services de santé mentale ne se sentaient pas suffisamment concernés pour se manifester auprès de la Commission des Affaires sociales sur le *Rapport Harnois*.

Neuf mémoires concernaient des « clientèles connexes ». Ces mémoires défendaient les intérêts de populations plus vulnérables et susceptibles de développer des problèmes de santé mentale et ont été soumis par des groupes s'intéressant soit aux « épiphénomènes », aux groupes à risque ou aux autres clientèles du réseau sociosanitaire qui peuvent avoir besoins de services de santé mentale. Ces groupes en général réclamaient que le projet de politique tienne compte des besoins des clientèles qu'ils représentent dans la définition de la santé mentale, l'accessibilité et la coordination des services. Ce sont

- l'Association des intervenants et intervenantes en toxicomanie du Québec
- l'Association multi-ethnique pour l'intégration des personnes handicapées du Québec
- le Service aux handicapés auditifs,
- l'R des centres de femmes du Québec,
- le Projet d'intervention auprès de mineurs prostitués,
- le Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal,

- le Groupe d'entraide aux pères et de soutien à l'enfant,
- la Société Alzheimer,
- la Maison Ste-Marguerite pour jeunes femmes en difficulté.

Trois autres groupes, inscrivaient la santé mentale dans une perspective plus large

- le Réseau d'action pour une santé intégrale,
- la Fédération des unions des familles,
- Centraide Montréal.

Le Réseau d'action pour une santé intégrale qui regroupait 150 intervenants et intervenantes professionnels et non professionnels considérant la santé mentale comme une dimension indissociable de la santé physique, demandait que les pratiques alternatives comme l'homéopathie, l'orthothérapie, la massothérapie, la méditation, le jeûne soient reconnues et légalisées. Pour ce groupe, ces pratiques relèvent d'une vision globale de la santé et s'inscrivent dans une philosophie d'intervention centrée sur l'autonomie des personnes.

La Fédération des unions des familles exprimait son accord concernant la promotion de la santé mentale et profitait de la consultation sur le projet de politique en santé mentale pour réitérer sa demande d'une Politique familiale. Une politique familiale serait un excellent outil de promotion, de maintien et développement de la santé mentale de toute la population parce que toutes les familles sont concernées par la santé mentale. Une politique familiale permettrait de soutenir les familles et d'assurer une concertation intersectorielle. La Fédération était préoccupée plus particulièrement par les groupes à risque (jeunes, femmes, personnes âgées, personnes au statut économique précaire) et par les «épiphénomènes» (suicide, alcoolisme, toxicomanie et violence).

Centraide Montréal qui recueille des fonds afin de financer plusieurs organismes communautaires de la région de Montréal exprimait son accord quant au projet de politique mais se penchait plus particulièrement sur les problèmes de définition, de coordination et de financement des ressources alternatives. Centraide estimait que le projet de partenariat mis de l'avant était intéressant mais que cet objectif requiert un changement de perspective et de mentalité chez les différents partenaires. On devait plus particulièrement repenser les rapports entre l'État et les organismes communautaires qui risquaient de devenir des «succursales de l'État». Le discours de Centraide Montréal était très près de celui des ressources alternatives en ce qui concerne la défense de l'autonomie des ressources et leur mode de financement. Centraide

suggérerait que la diversité des sources de financement était une garantie essentielle à leur indépendance à l'égard de l'État.

Finalement, le discours des deux centrales syndicales se démarquait nettement parmi l'ensemble de tous les autres mémoires déposés dans le cadre de la Commission parlementaire et bien qu'elles représentaient les intérêts des travailleurs du secteur public, leur position se distinguait également du discours des corporations professionnelles et des corporations d'établissements publics. Les deux centrales syndicales tenaient un discours politique et social-démocrate.

Les mémoires du Syndicat canadien de la fonction publique et de la Confédération des syndicats nationaux (CSN) témoignaient tous deux d'une vision politique de la santé mentale qu'ils souhaitaient resituer dans le cadre plus large de la Politique de la santé et du bien-être qui était alors en chantier. Les deux centrales dénonçaient la vision trop médicale de la santé mentale et souhaitaient une véritable politique de santé et de bien-être pour toute la population. Pour le syndicat canadien de la fonction publique, redéfinir la folie c'est reconnaître l'importance des conditions de vie des personnes.

Pour la CSN, le rôle de l'État est d'agir sur les déterminants de la santé et le premier but d'une politique de santé incluant la santé mentale «c'est l'amélioration de l'état de santé de la population par la réduction des écarts de santé observés entre les communautés» et le 2^e but c'est «la recherche de l'égalité des chances entre les communautés de voir leurs membres être en bonne santé, c'est-à-dire de vivre longtemps et de façon autonome et active sur tous les plans».

Le discours politique des deux centrales et leur vision de la santé mentale se rapprochait de celui des ressources alternatives dont elles soutenaient le développement (bien que les ressources alternatives ne soient pas syndiquées) à la condition que l'État ne se désengage pas de ses responsabilités. L'État devrait s'inspirer des initiatives communautaires, plutôt que de les récupérer et ce serait un pas de plus vers la démocratisation du secteur de la santé mentale; «les réactions et la recrudescence d'initiatives de la part des communautés sont le symptôme de l'échec de l'État à répondre aux véritables problèmes ainsi que de son incapacité à changer son mode d'intervention» (Syndicat canadien). Le soutien et le développement des ressources alternatives devrait préserver leur fonction critique et ne devrait pas servir à privatiser les services publics (CSN).

Les deux centrales syndicales exprimaient leur accord quant au mouvement de désinstitutionnalisation mais proposaient leur soutien et souhaitaient participer aux différents comités de travail provincialement ou localement.

Quant au partenariat régional, pour la CSN la régionalisation était souhaitable et exigeait la démocratisation des structures. La CSN suggérait que les conseils régionaux soient des instances élues au suffrage universel et souhaitait qu'on leur confie alors des pouvoirs réels de planification, de gestion et de coordination. On devrait s'assurer de la participation de groupes représentant les usagers et usagères, la population de chaque territoire et les syndicats.

Le 4^e tiers: une perspective technocratique

L'influence qu'ont exercé les conseils régionaux dans le développement du secteur de la santé mentale et le contrôle qu'ils ont exercé non seulement sur le processus mais également sur le contenu des plans régionaux d'organisation de services en santé mentale ont conduit les groupes communautaires à les qualifier de quatrième tiers. Sans que cette catégorie d'acteurs soit explicitement identifiée dans les divers documents d'élaboration de la *Politique de santé mentale* comme faisant partie des partenaires du secteur de la santé mentale, les conseils régionaux étaient l'une des catégories d'acteurs détenant des intérêts et manifestant des préoccupations qui leur étaient propres.

Ces instances étaient soucieuses de leur rôle d'intermédiaires entre le Ministère, les établissements et les organisations représentant les intérêts de la population. Elles étaient donc particulièrement concernées par la définition des pouvoirs et des responsabilités qu'elles seraient appelées à détenir et par le rôle de coordination des activités régionales. Elles ont porté avec ferveur le discours de la décentralisation des services sociosanitaires.

Dans le champ de la santé mentale plusieurs conseils régionaux avaient appuyé et soutenu le développement d'un réseau communautaire de services et étaient favorables à l'élargissement de la notion de santé mentale et à l'implication des ressources alternatives. Les conseils régionaux de par la nature de leurs responsabilités ont également contribué à l'essor des exercices de planification et d'évaluation de services et du même coup à l'accroissement du pouvoir de la technocratie et des administrateurs publics.

Les quatre mémoires déposés dans le cadre de la consultation sur le *Rapport Harnois* illustraient leur préoccupations dans le secteur de la santé mentale. Dans son mémoire la Conférence des conseils régionaux exprimait son accord sur le projet de politique, l'élargissement de la notion de santé mentale, les orientations et les moyens d'action proposés. Le partenariat constituait un virage majeur requérant un changement de mentalité et de pratiques pour les intervenants et les intervenantes, les gestionnaires et même les citoyens et les citoyennes. Le mémoire insistait sur la question de la délégation des responsabilités de planification, de coordination et d'évaluation des services en santé mentale aux conseils régionaux. Ceux-ci devaient disposer des véritables leviers économiques et politiques afin d'assurer l'implantation de la politique de santé mentale. Les autres CRSSS qui ont déposé un mémoire partageaient cette vision. Tous les enjeux sont abordés par l'un ou l'autre conseil: définition de la santé mentale, défense des droits, définition des besoins et des priorités, répartition des responsabilités, reconnaissance des ressources alternatives et intermédiaires, formation, recherche. Le rôle qu'ils étaient appelés à jouer à l'égard de la planification, de l'administration et de la coordination des services constituait pour eux tous cependant un thème central. Ils souhaitaient disposer des pouvoirs et des ressources nécessaires pour exercer leurs responsabilités.

Et les autres: les droits des personnes

Une dernière série de mémoires ne peut être classée dans les premier, deuxième, troisième ou «quatrième» tiers du comité tripartite en santé mentale. Ce sont les mémoires déposés par des usagers et des parents, par des organisations ou des personnes vouées à la défense des intérêts des citoyens et des citoyennes et par des organisations vouées à la formation et la recherche.

De plus deux autres groupes, appartenant à plus d'un de ces tiers n'ont pu être classés dans l'un ou l'autre: il s'agit de mémoires déposés par deux tables de concertation régionales en santé mentale. Ces deux groupes étaient déjà engagés dans le processus de planification et de négociation régionale et la lecture de leur mémoire témoigne de leurs espoirs et de leurs exigences à l'égard de la planification régionale.

Les mémoires d'un comité d'usagers, de deux parents et d'un usager n'ont pas été classés dans l'un ou l'autre des trois tiers du comité tripartite parce que les usagers et les usagères ou leurs parents qui ne faisaient partie d'aucune association étaient exclus de la composition du comité tripartite telle que formulée dans la *Politique de santé*

mentale. Ce groupe et ces individus exprimaient certains points de vue originaux dans le cadre de la consultation sur le Rapport Harnois.

Les parents étaient préoccupés par la recherche de solutions nouvelles; une mère proposait l'utilisation de l'orthothérapie, une autre proposait le développement rapide «sans longue évaluation» de centres de jour, de programmes de réadaptation et d'intégration au travail pour les schizophrènes. L'accessibilité de l'information aux parents et à la population la préoccupait également. Un usager dénonçait l'enfermement qui lui avait été imposé à l'hôpital St-Mary's et il critiquait la psychiatrie en général enfermant les personnes dans une structure qui les détruit peu à peu.

Huit mémoires provenaient d'organisations ou de personnes défendant les droits des citoyens et des citoyennes. Il s'agit d'abord

- de la Commission des citoyens pour les droits de l'homme qui est un organisation internationale fondée par l'Église de scientologie²⁵,
- du Conseil des affaires sociales et de la famille,
- du Curateur public,
- de l'Office des personnes handicapées du Québec.

En tant qu'organisations suprarégionales elles sont exclues du processus de planification auquel participaient exclusivement des personnes représentant des instances régionales²⁶. Les mémoires déposés par deux «ombudsman» n'ont pas été classés non plus dans l'un ou l'autre des trois tiers ainsi que ceux déposés par deux citoyens. Si ces huit mémoires présentaient des propositions diverses sur plusieurs sujets, les mémoires du Curateur public, de l'Office des personnes handicapées, des deux ombudsman portaient explicitement sur les mesures à déployer pour promouvoir la protection et l'exercice des droits des personnes.

25 La Commission des citoyens pour les droits de l'homme comporte quarante groupes, composés notamment de juristes, de ministres du culte, de médecins. Ces groupes sont établis dans quatorze pays.

26 L'Office des personnes handicapées du Québec possède des bureaux régionaux qui pourrait déléguer une personne. C'est une organisation en lien avec les services publics, mais qui n'offre pas de services (1er tiers), elle a une mission en rapport avec la défense des droits des personnes mais ce n'est pas un organisme communautaire. La définition du troisième tiers est si vague que l'on pourrait peut être l'y inclure. «le dernier tiers est composé des représentants des différentes communautés de la région et des organisations engagées dans des secteurs dont les actions peuvent avoir une influence sur la promotion de la santé mentale, la prévention et la réinsertion» (p54).

Finalement, sept mémoires provenaient du milieu de la recherche et de l'enseignement. Les organismes de recherche, soit le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ), le Club de recherche clinique et l'Unité de recherche en santé mentale du CHUL se prononçaient en faveur du développement de la recherche en santé mentale et de l'accroissement de son niveau de financement. Les priorités de recherche faisaient également l'objet de leurs recommandations. Pour plus d'un la recherche psychosociale ne devait pas être développée au détriment de la recherche sur les facteurs biologiques.

Ces personnes et ces organisations n'avaient aucune possibilité de participer au processus de planification régionale tel que défini dans la politique de santé mentale, puisqu'elles n'appartenaient à aucune des organisations qui pouvaient y être représentées. Cela illustre les limites graves que subissait dès le départ le processus de participation à la planification régionale.

L'absence d'usagers et d'usagères, l'absence de représentants des citoyens et des citoyennes seront dénoncés plus tard par certains participants et participantes au processus de planification régionale. L'intérêt que ces groupes ont manifesté dans le cadre de la consultation sur le *Rapport Harnois* montre qu'ils auraient pu être aisément mobilisés dans le cadre de la planification régionale. Par ailleurs la faible participation de représentants et représentantes du troisième tiers dans le cadre de cette même consultation laissait déjà présager des difficultés que devraient surmonter les conseils régionaux pour susciter leur participation.

Un enjeu majeur: la reconnaissance des acteurs

Dans le cadre de la consultation sur le rapport Harnois différents groupes d'intérêt et de pression ont pu exprimer leur point de vue sur le projet de politique. L'analyse de l'ensemble des mémoires révèle que le premier thème soit celui de la définition de la santé mentale et de la délimitation du rôle de l'État ainsi que le troisième thème portant sur le partenariat régional ont moins préoccupé les différents groupes d'acteurs que le second thème portant sur la reconnaissance des groupes d'acteurs et sur la répartition des responsabilités et des ressources entre eux. De manière générale la plupart des mémoires déplorait que le *Rapport Harnois* n'ait pas précisé la contribution de chacun des groupes ainsi que la répartition des responsabilités et des ressources entre les distributeurs de services. La reconnaissance de chacun des groupes, de son expertise ou de sa légitimité constituait un enjeu majeur pour la plupart des groupes ayant participé à la consultation.

Le comité Harnois avouait que la confusion qui régnait dans l'organisation des services rendait presque impossible la formulation d'un modèle général, cependant que la répartition des responsabilités constituait l'un des enjeux majeurs pour plusieurs des groupes d'acteurs du secteur de la santé mentale.

« Dans cet ensemble se pose rapidement la question de l'équilibre à garder entre les différentes composantes, entre les différentes institutions et les différents professionnels oeuvrant dans ce champ [...] Peu de critères nous permettent d'établir clairement la délimitation des responsabilités de chacun. Des compétences dispersées entre différents détenteurs d'un savoir, des habiletés qui se mesurent bien souvent moins au diplôme scolaire ou universitaire qu'à la capacité d'une aide à la dimension humaine, une demande de services difficilement canalisable vers une seule « porte d'entrée », une offre de services soumise à différentes contingences, voilà autant de facteurs qui ne sont pas de nature à faciliter l'établissement de bases solides pour le développement d'un équilibre » (Harnois, p.58)

Nous avons déjà mentionné la succession des discours idéologiques, épistémologiques ou théoriques portés par divers groupes d'acteurs au cours des dernières décennies. Le développement des services s'est fait par strates, les divers groupes de producteurs s'impliquant progressivement dans l'organisation et la prestation de services et s'additionnant les uns aux autres dans un « marché en expansion » dû à l'élargissement du champ de la santé mentale (Gendreau, 1988).

Bien qu'ils aient poursuivi les mêmes fins « l'une explicite, centrée sur les besoins de la personnes ayant des troubles mentaux, l'autre, implicite, centrée sur (leur) propre développement » organisationnel (Gendreau, 1988, p.48) et qu'ils aient partagé un intérêt commun envers l'élargissement du secteur de la santé mentale, ils ont prôné des modèles d'intervention souvent très divergents et ils ont été en compétition les uns avec les autres pour faire reconnaître leur expertise et contrôler des ressources publiques de plus en plus rares.

L'histoire de la participation en Montérégie

Bien sûr la mise sur pied du comité tripartite et des structures de participation au PROS était fortement déterminée par la *Politique de santé mentale*. Cependant la structuration du processus de participation a été largement tributaire de l'histoire de la participation en Montérégie et de l'engagement de plusieurs catégories d'acteurs qui ont successivement occupé le devant de la scène dans cette région. Avant d'étudier la représentativité des structures de participation au PROS, nous allons dans les

prochaines pages présenter ces acteurs et l'histoire de leur engagement progressif au sein de structures de concertation et de planification des services de santé mentale en Montérégie.

La multiplication des acteurs en Montérégie

La Montérégie couvre un vaste territoire, de 11,000 km², situé sur la rive Sud du Saint-Laurent, limitrophe à l'Ouest de l'Ontario, bordé au Sud par la frontière américaine, il s'étend à l'Est et longe un axe, de Sutton à Sorel en passant par Waterloo. En 1989 la population du territoire était estimée à 1,195,124 personnes et c'était la seule région du Québec connaissant une croissance démographique. On y comptait 230 municipalités.

Selon une étude rapportée par les Départements de santé communautaires de la Montérégie,

« on retrouve deux réalités en Montérégie: soit la zone métropolitaine en croissance démographique, plus jeune et plus scolarisée que le reste du Québec et une zone d'agglomérations urbaines et rurales, où se disperse une population vieillissante, moins scolarisée et plus défavorisée socio-économiquement » (POS-SM-Montérégie, p.21).

Outre la région de Longueuil qui est la plus densément peuplée, les principaux pôles urbains sont Valleyfield, Châteauguay, St-Jean, Cowansville, Granby, St-Hyacinthe et Sorel. C'est à partir de ces concentrations urbaines qu'ont été instaurées les tables de concertation sous-régionales.

Avec le passage d'un système asilaire à la psychiatrie de secteur, toutes les régions du Québec, la Montérégie ne faisant pas exception, ont voulu se doter de moyens pour desservir leur population sur une base locale. Le début de la «désinstitutionnalisation» des asiles a marqué la naissance des services en santé mentale en Montérégie. Jusqu'à cette transformation, la population de la Montérégie dépendait principalement de la région de Montréal pour l'accès à des services psychiatriques.

Comme dans le reste de la province divers groupes d'acteurs se sont progressivement impliqués dans le secteur de la santé mentale en Montérégie à partir des années 1960, après la publication du *Rapport Bédard* qui a présidé à la remise en cause de la pratique asilaire. Comme en Montérégie il n'y avait aucun hôpital psychiatrique, la région dépendait entièrement de Montréal pour l'accès à des services psychiatriques jusqu'en 1960. C'est l'absence d'hôpital psychiatrique qui explique la pauvreté historique de la Montérégie en matière de services en santé mentale.

En Montérégie entre les années 1960 et 1990, se sont succédées trois grandes catégories d'acteurs: d'abord se sont développés les services dans les établissements publics avec les départements psychiatriques des centres hospitaliers et l'implication des centres de services sociaux, puis sont apparues les ressources alternatives en santé mentale qui offraient des services aux personnes éprouvant des troubles sévères de santé mentale et finalement les groupes d'entraide et de défense des droits se sont implantés. Cette troisième catégorie connaîtra un essor important pendant la réalisation du plan d'organisation de services suite à l'obtention de budgets de développement dans le cadre de la Phase 1 de l'implantation de la Politique de santé mentale.

« On peut constater que les vagues successives ont réuni tous les partenaires identifiés par la Politique de santé mentale et ont permis l'implication de l'État, de la communauté et de l'individu. Suite à une réforme ministérielle on a vu l'éclosion de ressources institutionnelles visant à décentraliser l'accès aux services, puis vient l'essor des ressources communautaires qui proposent une vision plus sociale de la maladie mentale et enfin les familles et les individus sont appelés à s'impliquer dans une perspective de responsabilisation des personnes et de démocratisation des services » (Conseil de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie, 1991, Plan régional d'organisation de services en santé mentale, p.90)

Entre 1960 et 1990, huit départements de psychiatrie, dotés de services externes et d'unités d'admission ont ouvert leurs portes dans les centres hospitaliers de courte durée de la Montérégie. Les deux derniers ont été créés avec l'ouverture des hôpitaux Pierre-Boucher et Châteauguay. Lors de la réalisation du plan d'organisation de services, huit des neuf sous-régions disposaient d'un département de psychiatrie. En plus des huit départements de courte durée, deux unités d'admission de longue durée étaient rattachées à l'Hôtel-Dieu de Sorel qui disposait de 25 lits et à l'hôpital Honoré-Mercier de St-Hyacinthe qui disposait de 75 lits. Le CRSSS de la Montérégie préparait un plan de transformation de ces ressources en collaboration avec les hôpitaux concernés, à la demande pressante du Ministère.

Bien que les centres hospitaliers disposaient de peu de ressources, comparativement aux autres régions du Québec, ils étaient considérés par les autres groupes d'acteurs en Montérégie comme jouissant d'une position enviable. La remise en question non plus de l'asile, mais de la domination des psychiatres a fait d'eux la cible des pressions de plusieurs partenaires qui espéraient que la transformation des services en Montérégie

déplace les ressources financières, des départements de psychiatrie vers d'autres catégories d'acteurs et de programmes²⁷.

Le Centre de Services sociaux Richelieu était très actif en santé mentale en Montérégie (CSS Richelieu). Des équipes de travailleuses et de travailleurs sociaux du CSS Richelieu oeuvraient au sein des départements de psychiatrie et supervisaient plus de 500 personnes en familles d'accueil. Le CSS Richelieu s'est impliqué activement en Montérégie pour le développement de formules intermédiaires et a suscité ou soutenu la création de plusieurs organismes communautaires.

« Au Québec et en Montérégie les intervenantes et intervenants sociaux ont contribué à élargir la vision de la santé mentale. Ils ont été parmi les premiers à préconiser une approche sociale, à valoriser l'intégration familiale et le support à la famille, à initier des formes alternatives d'intervention. Situés sur la ligne de feu ils et elles ont dû, à maintes reprises, faire preuve d'esprit d'innovation et de créativité pour aider les personnes les plus démunies » (Plan régional d'organisation de services, p. 87).

Au moment de la réalisation du plan d'organisation de services en santé mentale en Montérégie, en matière de ressources intermédiaires il y avait 5 pavillons en Montérégie pour un total de 108 places, dont deux rattachés au Centre hospitalier de Valleyfield, les trois autres étant rattachés à des centres d'accueil et d'hébergement. «Le statut de ces pavillons est précaire; leur vocation en santé mentale n'est pas officielle et certains pavillons se sont vu retirer leur mission auprès de cette clientèle» par le Ministère (p. 87) .

En plus des ressources de type pavillon, entre 1988 et 1991, quatre ressources de type intermédiaire rattachées à des hôpitaux, hybrides entre la ressource institutionnelle et la ressource alternative ont été développées, dont trois oeuvraient dans le secteur de l'intervention de crise et une quatrième, dotée d'une charte d'organisme

27 Les ressources financières dont disposait la Montérégie dans le secteur de la santé mentale étaient concentrées dans les hôpitaux. Les dépenses des hôpitaux de courte durée en santé mentale étaient estimées à 5,5 millions en 1981 et à 11,8 millions en 1986. Le nombre d'intervenants en 1986 atteignait 376 personnes. Pour la même période le nombre de ressources alternatives est passé de 2 à 11, et leur budget total passait de 169,000\$ à 1,3 million pour un nombre d'intervenants estimé à 65 (source: Bilan pour le Comité Harnois). Un rapide calcul indique que le coût moyen de revient d'un poste est d'environ \$20,000 en ressource alternative et de \$31,000 en centre hospitalier, en excluant le salaire des psychiatres.

communautaire, oeuvrait dans le secteur de l'intégration sociale de personnes psychiatriquées.

Les ressources alternatives ont connu un essor important et se sont multipliées à partir des années 1980. Lors de l'élaboration du plan d'organisation de services on en comptait quatorze en Montérégie. Ces ressources intervenaient d'abord dans le champ de l'intégration sociale des personnes psychiatriquées auxquelles elles offraient des services d'hébergement ou un programme de jour. Elles ont ensuite développé une expertise dans le champ de l'intervention de crise ou de l'intervention auprès des femmes en difficulté. Une ressource alternative était spécialisée en prévention et en intervention auprès de personnes suicidaires.

À la fin des années 1980 ce sont les groupes d'entraide, de défense et de promotion des droits des personnes qui se sont rapidement multipliés, surtout à la faveur du budget de développement octroyé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, dans le cadre de la Phase I d'implantation de la *Politique de santé mentale*. Lors de la publication du *Plan régional d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie* on dénombrait un vingtaine de ces groupes d'entraide, dont dix organismes d'entraide pour les personnes, huit associations de parents, et un collectif régional pour la défense et la promotion des droits des personnes.

Toutes ces ressources publiques et communautaires ont été développées à la faveur de l'implication d'intervenants et d'intervenantes, de l'engagement de personnes provenant de la communauté, de parents et des personnes éprouvant des problèmes de santé mentale. Les ressources et les services sont également issus de collaborations entre ces différentes catégories de partenaires. Elles ont émergé à la faveur d'orientations régionales soutenues par le conseil régional et à la faveur de politiques ministérielles.

Toutes les ressources publiques et les activités communautaires en santé mentale en Montérégie étaient concentrées dans les organisations que nous venons d'énumérer. En plus de ces organisations publiques, il y avait en 1989 dix-neuf CLSC en Montérégie. Si la plupart d'entre eux commençaient à s'intéresser au secteur de la santé mentale et recevaient dans le cadre de leurs services psychosociaux courants des personnes éprouvant des problèmes de santé mentale, ils ne détenaient pas de ressources humaines et financières consacrées exclusivement à ce secteur d'activité. Dans le cadre des divers travaux de planification en Montérégie ils exprimaient le désir de s'impliquer davantage, à la condition de bénéficier des budgets nécessaires. Certains CLSC avaient été

particulièrement actifs, comme à Longueuil, à Châteauguay ou à Granby dans le domaine de l'organisation communautaire en supportant le développement de plusieurs ressources alternatives. Ils avaient également soutenu le développement des groupes d'entraide qui n'auraient pas vu le jour sans leur appui. Ainsi, bien que les CLSC n'aient détenu que peu de pouvoir en tant que distributeurs de services, leur engagement en faveur de l'intervention communautaire en santé mentale a fait d'eux un groupe d'acteur influent dans le secteur de la santé mentale en Montérégie.

La contribution des centres d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées était limitée à la gestion de trois pavillons dits «psychiatriques» en Montérégie et à l'accueil de 242 personnes éprouvant des «troubles psychiatriques», soit cent deux adultes et cent trente neuf personnes âgées. Ces personnes étaient plus particulièrement concentrées dans quatre centres d'accueil et d'hébergement. Un de ces centres a fait l'objet de mesures particulières pour «désinstitutionnaliser» les personnes qui y étaient hébergées. C'est ainsi que «la santé mentale» s'inscrivait comme une préoccupation, parmi d'autres, pour quelques centres d'accueil et d'hébergement en Montérégie.

Un dernier groupe d'acteurs est digne de mention dans le réseau des services publics. Il s'agit des départements de santé communautaire. Si ces structures n'étaient que des départements au sein des hôpitaux de courte durée, elles jouissaient d'un mandat et d'un statut particulier qui en font un groupe d'intérêt digne de mention. Il y en avait quatre en Montérégie au moment de la réalisation du plan. Chacun des DSC s'intéressait au secteur de la santé mentale dans l'évaluation des besoins en santé mentale et dans la promotion et la prévention. Les chefs de départements de santé publique se réunissaient régionalement et exerçaient une certaine influence en Montérégie dans le secteur de la santé mentale bien qu'ils ne consacraient que très peu de ressources (environ cinq postes au total en Montérégie) à ce secteur. La philosophie de la santé publique marquée par une approche globale, axée sur la prévention auprès de groupes à risque ou sur la promotion de la santé auprès de la population, positionnait les départements de santé communautaires comme de nouveaux acteurs essentiels dans le cadre de l'élargissement de la notion de la santé mentale. Leurs activités de recherche et d'évaluation des services les avaient en outre menés à réaliser des activités d'évaluation des besoins dans le secteur de la santé mentale et les désignait comme des experts et des partenaires importants de la planification des services dans le secteur de la santé mentale en Montérégie. Les départements de santé communautaire avaient également joué un rôle important dans l'implantation de la plupart des tables sous-régionales en santé mentale.

Le tableau 6 illustre la répartition des budgets, des ressources humaines, des ressources matérielles et des clientèles entre les différentes catégories de distributeurs de services en Montérégie en date du 31 mars 1991. Ces données sont extraites d'un recensement effectué en février 1992, à partir des rapports annuels des établissements. A la lecture de ce tableau on constate que les ressources humaines et matérielles étaient concentrées dans les établissements publics et représentaient 88,5 % des ressources financières, et 85% des ressources humaines si l'on inclut les ressources intermédiaires et les pavillons. Les ressources alternatives et les groupes d'entraide détenaient 11 % des ressources financières et 15 % des effectifs. Quant aux clientèles desservies, sur les 23,504 personnes recensées ayant bénéficié de services, 86 % ont été desservies par les services publics et 14 % par les ressources alternatives et les groupes d'entraide. On doit cependant noter que les données concernant les personnes fréquentant les groupes d'entraide sont incomplètes étant donné que la plupart de ces groupes ont été implantés dans les mois ayant précédé le bilan des ressources et des clientèles.

Tableau 6: Répartition des ressources et des clientèles en Montérégie

Distributeur	Budget	%-\$	R-H	% RH	Places	Clients	%
CH	19335,570	63	448	70	522	23504	74
CSS Richelieu	5528,302	18	31	5	535	2915	9
CLSC	180,000	0,5	n/d	n/d	n/d	*	*
Ressources intermédiaires	881,211	3	20	3	39,5	889	3
Pavillons	1333,801	4	17	3	108	117	0,4
Défense des droits et entraide	877,851	3	25	4	n/a	600*	2
RA- troubles sévères	2288,812	7	76	12	200	1034	3
RA- Intervention de crise	327,758	1	22	3	40	2728	9
TOTAL	30753,305	100	639	100	1444,5	31787*	100

* Les données concernant les clientèles rejointes sont incomplètes pour les CLSC et les groupes d'entraide et de défense des droits.

Si les ressources humaines, matérielles et même les clientèles étaient concentrées dans les établissements publics, le nombre de ressources alternatives et de groupes d'entraide s'est multiplié rapidement. Leur fort engagement et leur grande mobilisation en ont fait des interlocuteurs actifs et reconnus dans le secteur de la santé en Montérégie, qui jouissaient de la faveur de plusieurs représentants du ministère et du conseil régional. Les budgets de développement octroyés au cours des années 80 et 90 ont surtout été affectés à cette catégorie d'établissement tant par le conseil régional que par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le déploiement de la planification participative

Lors de la parution de la Politique en santé mentale le CRSSS de la Montérégie avait déjà mis en place des mécanismes de concertation régionale et sous-régionaux en santé mentale. Depuis sa fondation le CRSSS de la Montérégie s'était doté d'une structure régionale de concertation en santé mentale dont la dénomination, le mandat et la composition ont été révisés à plusieurs reprises. Une première structure de concertation régionale, la Commission administrative régionale des services psychiatriques a été remplacée par la Commission administrative des services de santé mentale à laquelle a ensuite succédé le Comité permanent de santé mentale auquel on a finalement substitué le Comité tripartite en santé mentale. Les changements de dénomination, les modifications quant à la composition et au mandat de cette structure régionale de concertation en santé mentale reflètent l'évolution du secteur de la santé mentale en Montérégie, la multiplication des acteurs et l'élargissement de la notion de santé mentale.

Avant la mise sur pied du Comité tripartite en santé mentale, dont la composition et le mandat ont été définis dans le cadre de *la Politique de santé mentale*, le Comité permanent de santé mentale était composé de 18 personnes. Ce comité regroupait des personnes représentant toutes les catégories d'établissements de la santé et des services sociaux, trois personnes représentant les ressources alternatives en santé mentale et une personne représentant les commissions scolaires. Le CSSSM avait confié à ce comité la responsabilité de planifier l'ensemble des ressources et des programmes de santé mentale de la Montérégie, en conformité avec le mandat confié aux conseils régionaux par le MSSS dans le cadre du *Décret 3179-79* dont nous avons déjà parlé.

Ainsi se sont progressivement ajoutés aux représentants des départements de psychiatrie et du CSS, au fur et à mesure de l'évolution de la culture et des pratiques en santé mentale en Montérégie, des personnes représentant toutes les catégories d'établissements du secteur de la santé (CLSC, CAH), des personnes représentant les organismes communautaires en santé mentale et une personne représentant les commissions scolaires. C'est avec la mise sur pied du comité tripartite qu'un troisième tiers en santé mentale est apparu, avec l'inclusion de nouveaux acteurs, tel qu'exigé dans la Politique de santé mentale. Tout au cours de cette évolution la structure de concertation en santé mentale de la Montérégie qui a toujours relevé du conseil d'administration du Conseil régional, a exercé des pouvoirs croissants reflétant l'autonomie dont disposaient les régions dans le secteur de la santé mentale et

permettant au Conseil régional de la Montérégie d'assumer les mandats qui lui avaient été confiés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. C'est finalement avec la mise sur pied du comité tripartite en santé mentale responsable de la réalisation du plan d'organisation de services en santé mentale que les pouvoirs de cette structure de concertation régionale auront culminé.

En plus des instances régionales qui se sont succédées au cours des ans en Montérégie, des tables de concertation sous-régionales en santé mentale ont été mises sur pied à partir de l'année 1986 ainsi qu'un Comité régional regroupant les ressources alternatives en santé mentale de la Montérégie. Ce dernier comité s'est incorporé en 1986 pour devenir l'Association des alternatives en santé mentale de la Montérégie (AASMM). C'est à la demande de la Commission administrative des services de santé mentale, dans son plan de travail adopté le 5 novembre 1995, que ces deux types d'instances ont été créées. La mise sur pied de «comités sous-régionaux en santé mentale traitant des priorités et problématiques sous-régionales» visait à soutenir la concertation et la collaboration entre «les équipes oeuvrant en santé mentale: CH, CSS, CLSC, CAH, CHSLD, CAR et les ressources alternatives». Quant à la mise sur pied du «Comité des ressources alternatives» elle visait à «maintenir en Montérégie un réseau de ressources alternatives autonomes, de qualité et en liaison avec le réseau». Le Comité des ressources alternatives avait pour mandat la rédaction d'un plan d'action pour faire suite à un rapport publié en 1985 sur le développement et la reconnaissance des ressources alternatives en Montérégie, la régularisation du financement des ressources et l'élaboration d'un contrat de services.

Les liens qu'entretenaient les tables sous-régionales avec le Comité permanent de santé mentale ont fait l'objet de débats au sein du comité permanent. Devait-on mettre sur pied des tables de concertation autonomes qui prendraient en charge la concertation de leurs services sur leur territoire et seraient des instances de consultation pour le conseil régional en matière de développement de services ou devait-on considérer ces tables comme des sous-comités du comité régional auquel elles seraient redevables et imputables de leur mandat? Les avis étaient partagés sur cette question tant au sein des comités sous-régionaux qu'au sein du Comité permanent de santé mentale. Le débat fut tranché par le Comité permanent en faveur de tables de concertation sous-régionales autonomes qui seraient considérées comme des «interlocutrices privilégiées» du comité régional en matière d'organisation sous-régionale des services.

« Conformément au souhait du comité permanent en santé mentale, six tables sous-régionales ont été mises sur pied en 1986. Ces tables

ont été implantées par le Conseil régional et constituent des interlocutrices privilégiées pour le comité permanent lorsqu'il est question de besoins et de problématiques sous-régionales. Elles sont toutefois des structures autonomes, sans lien hiérarchique formel avec le CSSSM, responsables de leur propre dynamisme et de leurs plans de travail. Ces tables sont formées de tous les représentants/es de tous les établissements, ressources ou organismes oeuvrant spécifiquement en santé mentale pour une région donnée, et nous l'espérons favoriseront la concertation et la collaboration entre diverses ressources tant professionnelles et communautaires » (Comité permanent de santé mentale, 1986, p. 3).

Cependant l'intérêt des organismes sous-régionaux, tant du secteur public que du secteur communautaire, pour se concerter les uns avec les autres variait de manière importante d'une sous-région à l'autre. Certaines sous-régions n'ont pas attendu l'intervention du Conseil régional avant de se doter d'une table de concertation en santé mentale, alors que d'autres n'en voyaient pas l'utilité et ne tenaient aucune réunion en dehors de celles convoquées par le Conseil régional. En 1989, les tables sous-régionales étaient au nombre de sept; leur nombre a été porté à neuf dans le cadre de la réalisation du plan d'organisation de services en santé mentale pour rendre compte de la diversité des régions.

Afin de soutenir l'autonomie des tables sous-régionales, elles ont été encouragées à désigner parmi leurs membres des personnes responsables de leur fonctionnement. Ces personnes agissaient également à titre de porte-parole de leur région auprès du conseil régional lors de rencontres régionales. Malgré les efforts déployés pour mobiliser sous-régionalement les partenaires, les tables sous-régionales en santé mentale disposaient de trop peu de pouvoir pour assumer le développement et l'organisation des services de leur territoire. On a reproché au CRSSS «plus souvent qu'autrement une mainmise sur le fonctionnement de la table, en contrôlant notamment la fréquence et le contenu des rencontres» (Billette, White et Mercier, 1995, p. 46). La relation entre le CRSSS et les tables sous-régionales a été effectivement marquée par la centralisation des pouvoirs.

Les tables sous-régionales sont demeurées des structures consultatives: les décisions des tables sous-régionales étant sujettes dans les faits à l'approbation du comité régional, puis à celle du conseil d'administration du CRSSS et enfin à celle du

Ministère jusqu'à ce que la Montérégie détienne les pouvoirs de gérer elle-même les services de santé mentale sur son territoire²⁸.

En plus de mettre sur pied des tables de concertation sous-régionales, le CRSSS avait soutenu la création d'une table réunissant les ressources alternatives en santé mentale de la Montérégie. Très vite les participants et les participantes ont assumé le fonctionnement de leur table et se sont incorporés en bénéficiant d'une subvention du CRSSS pour former l'Association des Alternatives en Santé mentale de la Montérégie. Cette association est devenue le porte-parole de l'ensemble des organismes en santé mentale auprès du CRSSS. Elle a contribué à la consolidation de l'ensemble des ressources alternatives en Montérégie en leur procurant un lieu d'échange de leur expertise, de mobilisation et de concertation et en accroissant leur crédibilité auprès de divers partenaires tant régionalement que localement.

« Un autre acquis majeur consiste en la formation d'une association régionale des ressources alternatives en santé mentale de la Montérégie. Il existe certes une association provinciale: le Regroupement des Ressources alternatives en Santé mentale du Québec, qui accepte comme membres aussi bien des individus que des ressources. Tout en continuant à participer à cet organisme, à ce double niveau, les ressources sont arrivées à la conclusion qu'une association régionale permettrait de stimuler et de garder décentralisée une action nécessaire et de fournir une alternative aux ressources qui se sentaient moins à l'aise avec le RRASMQ, à cause de certaines orientations qui leur paraissaient trop idéologiques ou trop radicales » (Beausoleil, 1986, p.100).

L'existence de l'AASMM a permis aux personnes qui ont participé en tant que représentantes des ressources alternatives au comité permanent d'abord, puis au comité tripartite de santé mentale ensuite, de représenter les intérêts de l'ensemble des ressources alternatives en santé mentale de la Montérégie. C'est l'AASMM qui a désigné les personnes devant représenter les ressources alternatives en santé mentale au comité régional et c'est encore l'AASMM qui a servi de structure de concertation et de communication permettant aux personnes déléguées de vérifier la position de toutes les ressources sur les enjeux de la planification régionale en santé mentale au fur et à mesure de l'élaboration du PROS-SM.

28 L'existence des tables sous-régionales en santé mentale sera remise en question, lors du remaniement de l'ensemble des structures participatives du CRSSM en 1993. Elles deviendront finalement des comités consultatifs aux tables sous-régionale de concertation pour l'ensemble des services sociaux et de santé. (Fleury, 1996).

Outre les structures de concertation en santé mentale en Montérégie, plusieurs autres instances de concertation relevaient du conseil régional. Il y avait en 1989 plusieurs comités et commission régionales: soit des comités permanents et des commissions concernés par des problématiques particulières comme la jeunesse et la mésadaptation, l'alcoolisme et la toxicomanie, les conditions de vie des femmes, l'accès aux services en langue anglaise... Existaient également des tables régionales des directeurs généraux d'établissements par catégorie d'établissements soit une pour les centres d'accueil et d'hébergement, une pour les CLSC, une pour les CHCD, puis une table des chefs de départements de santé communautaire.

En plus de ces structures régionales de concertation il y avait en Montérégie des tables sous-régionales pour l'ensemble des services sociaux et de santé. L'importance de la population à desservir, supérieure à un million en Montérégie, la répartition de cette population sur un vaste territoire ainsi que l'existence de pôles urbains avaient incité le CRSSS de la Montérégie à instaurer ces structures de participation sous-régionales dont la composition et le rôle ont varié au fil des ans afin de refléter l'évolution du réseau sociosanitaire, tout comme pour les structures en santé mentale.

Toutes ces structures ont permis de rejoindre de nombreux groupes d'intérêt dans le cadre de la réalisation du plan d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie, que ce soit au moment de la composition du comité tripartite ou encore au moment de la consultation élargie.

Quand le Conseil de la Santé et de Services sociaux de la Montérégie a entrepris la réalisation du plan d'organisation de services en santé mentale il n'en était donc pas à ses premières armes en matière de planification participative. *Un Plan d'organisation de services de santé mentale de la Montérégie, 1983-1988* avait déjà été réalisé et guidait le conseil dans la coordination et la planification des services sur son territoire, en collaboration avec la Commission administrative des services de santé mentale de 1983 à 1986, puis avec le Comité permanent de santé mentale de 1986 à 1989, jusqu'à la mise sur pied du Comité tripartite en santé mentale.

La recherche d'une plus grande autonomie par rapport au Ministère et une préoccupation pour la planification des services en concertation avec les partenaires locaux ont fait partie des enjeux soutenus par la permanence du Conseil régional de la Montérégie au cours des années 80, de sorte que le Conseil régional s'inscrivait de

plein pied dans les orientations ministérielles énoncées dans la *Politique de santé mentale* en matière de décentralisation des services et de planification participative.

« Le CRSSS de la Montérégie avait déjà fait preuve d'initiative par rapport au Ministère. Il n'avait pas attendu l'annonce des politiques officielles pour développer, par exemple, son propre plan d'organisation de services, un plan qui bien qu'assez novateur, n'a pu être appliqué à cause du manque de fonds pour le financer. Dès le début des années 1980, cependant, les employés permanents engagés pour assurer la planification en santé mentale connaissaient un grand degré d'autonomie au sein du CRSSS et toutes leurs initiatives étaient appuyées par la direction. Ces employés ont aussi su augmenter leur marge de manoeuvre relativement aux règles de gestion courante grâce à leurs relations personnelles avec les agents du service des Programmes de santé mentale du Ministère. De plus, et toujours dès le début des années 80, la permanence du CRSSS a favorisé la participation d'acteurs locaux aux instances consultatives de coordination, bien que cette participation se soit souvent avérée instable » (Billette, White, Mercier, p.43).

Pour exercer les responsabilités de planification et de coordination des services de santé mentale sur son territoire le CRSSS de la Montérégie disposait d'un poste à temps plein à partir de 1985. Comme nous l'avons mentionné plus haut la concertation entre les acteurs se faisait principalement par le biais d'un Comité permanent en santé mentale, de six tables sous-régionales et de l'Association des alternatives en santé mentale de la Montérégie. Pour assurer la réalisation du plan d'organisation de services le Conseil de la Montérégie a constitué une équipe composée de quatre personnes soit une personne responsable de la réalisation du plan, une technicienne en recherche, une analyste en informatique et une secrétaire. Cette équipe s'est consacrée presque exclusivement à la réalisation du plan d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie sur une période de près de deux ans. En plus de cette équipe de base, des employés d'autres services et du personnel cadre du conseil régional ont contribué à la réalisation du plan. Le PROS-SM a rendu plus visibles les enjeux liés au secteur de la santé mentale au sein même du Conseil régional. Les effectifs consacrés à ce secteur sont subitement passés de une à cinq personnes et tout le processus de réalisation a mobilisé plusieurs personnes tant au sein de la permanence du conseil régional que parmi les acteurs régionaux qui ont participé à l'une ou l'autre des phases de rédaction du PROS.

Une mobilisation inégalée pour le PROS

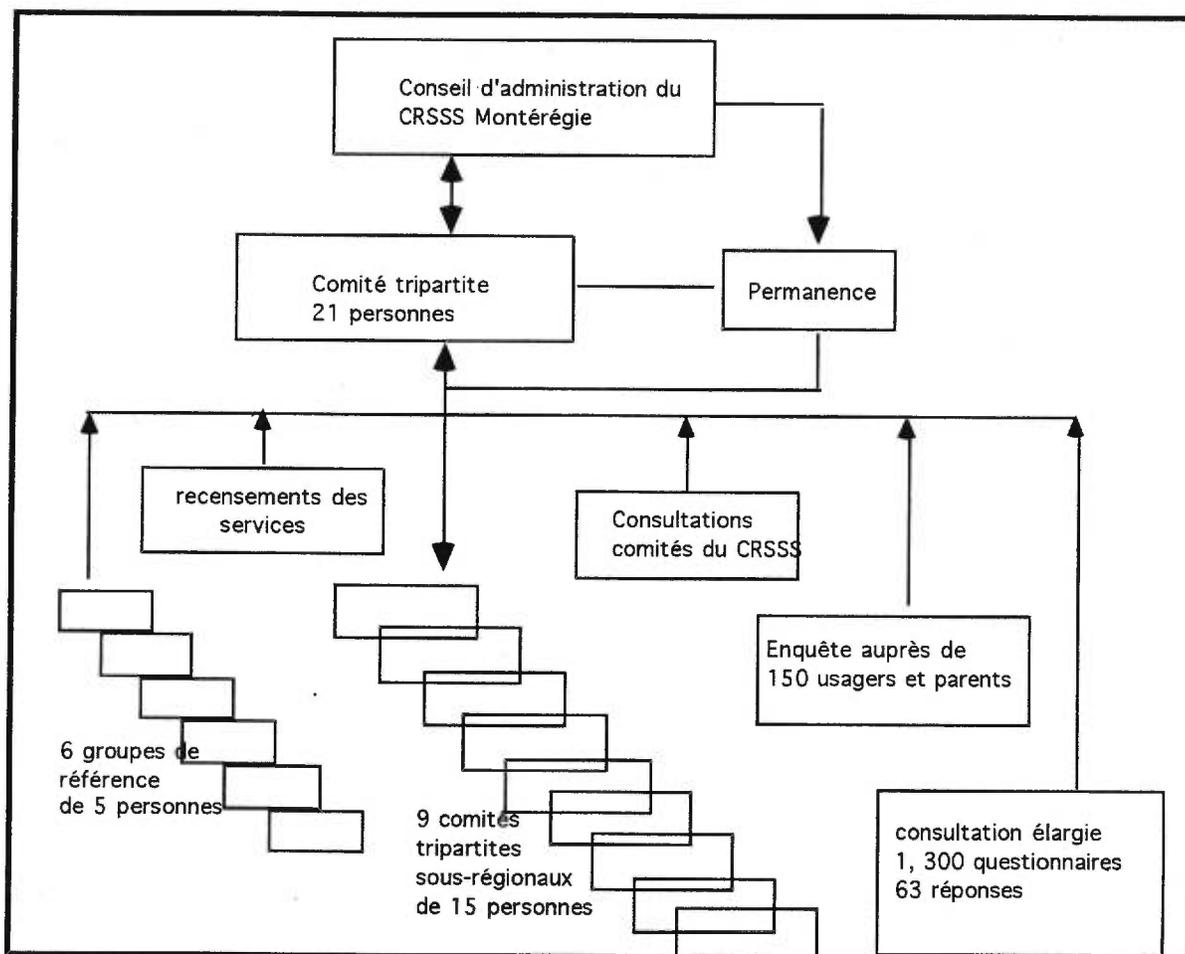
La réalisation du *Plan d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie*, a sollicité la contribution de plusieurs groupes d'acteurs par le biais de nombreux mécanismes de participation. La rédaction du PROS a été réalisée en collaboration avec

un comité tripartite régional, six comités de référence et neuf comités tripartites sous-régionaux. Afin de recenser les services, une cueillette de données réalisée au moyen d'un questionnaire a requis la collaboration de tous les organismes et établissements offrant des services en santé mentale dans la Montérégie. Au cours de la phase finale, avant le dépôt du plan pour approbation par le conseil d'administration du CRSSS de la Montérégie, dans une vaste consultation, plus d'un millier de personnes et d'organisations ont été interpellés, soit sous forme d'enquête, d'entrevues auprès de comités régionaux, de questionnaires expédiés auprès de centaines d'organisations et d'audiences publiques. La figure 4 présente les divers mécanismes de participation au plan d'organisation de services en santé mentale.

Au niveau des structures de participation à la réalisation du plan d'organisation des services de santé mentale en Montérégie il y avait quatre catégories de comités reliés hiérarchiquement les uns aux autres soit, bien sûr, le conseil d'administration du conseil régional qui détient l'autorité régionale sur l'ensemble des services socio-sanitaires, le comité tripartite qui constitue la structure centrale autour de laquelle graviteront tous les mécanismes de participation au plan d'organisation de services en santé mentale, neuf comités tripartites sous-régionaux et six groupes de référence. Le nombre de personnes ayant participé à ces divers comités s'élève à environ 190.

Chacune de ces structures a exercé un mandat qu'elle détenait en propre. Nous reviendrons à la relation entre ces structures dans le prochain chapitre. Pour soutenir le processus de réalisation du plan une équipe de quatre personnes a été mise sur pied par le Conseil régional. En plus de ces structures de participation d'autres mécanismes ont permis aux différents groupes d'intérêt en Montérégie de participer à certaines étapes du processus de réalisation du plan soit lors du recensement des services, lors d'une enquête menée auprès de cent cinquante usagers, usagères et parents et lors de la consultation élargie.

Figure 4: Structures de participation au plan d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie



Les groupes de référence

Les «groupes de référence» ont été les premiers à être mis sur pied afin d'élaborer le cadre théorique et la méthodologie de travail pour la réalisation du plan d'organisation de services. «Ils ont contribué à définir les problématiques, les objectifs de services et les programmes requis et ont collaboré à la préparation de l'inventaire des ressources en santé mentale, au cours de la première phase de réalisation du plan» (PROS, p.16).

Cinq groupes de référence ont été constitués, réunissant des personnes détenant une expertise auprès de cinq clientèles-cibles regroupées en trois «niveaux d'intervention»; soit un premier niveau de promotion et de prévention, un second niveau d'intervention de crise et de première ligne et un troisième niveau de services spécialisés, lui-même subdivisé en fonction de trois groupes d'âge (jeunes de 0 à 17 ans, adultes de 18 à 65 ans et personnes âgées de 65 ans ou plus).

En plus de ces cinq groupes de référence préoccupés de clientèles-cibles spécifiques, un sixième groupe a été constitué pour dégager une vision globale de l'ensemble du système d'organisation de services en santé mentale dans la Montérégie. Les membres des groupes de référence ont été recrutés par le conseil régional étant connus pour leur expertise auprès des clientèles concernées ou pour leur connaissance de l'organisation de l'ensemble des services sur le territoire de la Montérégie.

Toutes ces personnes ont été autorisées par leur organisation à participer aux travaux mais elles n'ont pas été déléguées officiellement pour représenter un groupe d'intérêt. Elles occupaient des fonctions dans le secteur de la santé mentale en Montérégie à une exception près pour une psychologue provenant d'une commission scolaire. Toutes ces personnes étaient salariées d'organisations parapubliques ou communautaires. Elles occupaient toutes des fonctions de direction ou de coordination dans leur organisation respective, sauf encore une fois pour la personne provenant d'une commission scolaire. Elles provenaient des DSC (4), des CLSC (6), des départements de psychiatrie des CH (6), du CSS (5), d'organismes communautaires (6), d'un CAH et d'une Commission scolaire.

Tableau 7 Composition des groupes de référence

	Total	niveau 1	niveau 2	0-17	18-65	65+	Système
CH	6		1	1	2		2
CSS	5		1	1	1	1	1
DSC	4	3					1
CLSC	6	1	1		1	2	1
CAH	1					1	
RA* intervention crise	2		2				
RA* problèmes sévères	4	1		1	1		1
Commission scolaire	1			1			

* RA: ressources alternatives

Le comité tripartite régional

Avant de mettre en place le comité tripartite, le CRSSS a procédé à la définition du comité en identifiant les catégories de représentation et en fixant le nombre de membres. Le nombre de chacun des tiers a été fixé à sept en fonction du nombre de catégories de partenaires retenues au sein du 3^e tiers. Ce nombre permettait la participation de toutes les catégories d'établissements publics du réseau sociosanitaire et de quatre catégories d'organismes communautaires.

Le tableau 8 indique la composition du comité tripartite et les exigences particulières, le cas échéant, pour l'occupation d'un poste. Les troisième et quatrième colonnes concernent les modalités de nomination en indiquant le collège électoral et le rôle du Conseil régional dans la désignation des candidats.

Le 1^{er} tiers est composé de sept personnes. Trois représentent les centres hospitaliers de courte durée, dont au moins une personne doit être psychiatre. Sur les trois postes, une personne doit provenir du secteur adulte, une du secteur jeunesse et une d'un département de santé communautaire. Ces personnes ont été mandatées par la Table des CHCD composée des directeurs généraux des CHCD de la Montérégie. Les membres de la Table ont désigné cinq personnes au Conseil régional de la Montérégie en lui laissant le soin de choisir les trois délégués requis parmi ces cinq personnes. Le Conseil régional a procédé à la sélection finale en tenant compte des critères de nomination. Deux personnes devaient provenir des CLSC soit une du secteur jeunesse et une du secteur adulte. Ces personnes ont été élues parmi les membres de la Table des directeurs généraux des 19 CLSC de la Montérégie. Le sixième délégué a été désigné par le CSS Richelieu. Quant au septième, c'est avec quelque retard que la Table des

directeurs généraux des CAH-CHLD (centres d'accueil et d'hébergement et centres d'hébergement de longue durée) a procédé à l'élection d'une candidate suite à une mésentente avec le Conseil régional dans un dossier concernant les personnes âgées.

Pour la composition du deuxième tiers, trois postes étaient réservés aux ressources alternatives offrant des services d'hébergement et des services de crise. Ces trois délégués ont été élus parmi les membres de l'Association des alternatives en santé mentale de la Montérégie. Une personne a été déléguée par l'Association des parents et amis du malade mental de la Rive-Sud pour occuper le poste était réservé aux associations de parents et amis. Deux postes étaient réservés aux groupes d'entraide et les deux groupes alors existant en Montérégie ont délégué chacun une personne. Le septième poste était réservé à un organisme de promotion en santé mentale. Il y avait alors deux filiales locales de l'Association canadienne de la santé mentale. Les deux associations ont désigné chacune une personne et le Conseil régional a retenu une candidature soit celle de Sorel qui était une région n'ayant aucune représentant au comité tripartite régional.

On exigeait dans le cas des personnes nommées pour le 1er tiers qu'elles détiennent une expertise dans le secteur de la santé mentale en demandant qu'elles «œuvrent ou aient œuvré auprès de la clientèle santé mentale et ayant une expertise en santé mentale». Dans le cas du second tiers cette directive n'a pas été transmise aux collègues électoraux ou aux organisations concernées, la nature de la composition du 2^e tiers étant garante de cette condition. Dans le cas du troisième tiers, étant donné la nature de leur implication au comité tripartite aucune directive n'a été transmise à cet effet.

Pour la constitution du troisième tiers, sept secteurs ont été retenus soit celui de la main d'oeuvre, de la justice, de l'éducation, des femmes en difficulté, de la communauté anglophone, des municipalités et des syndicats. Lorsque des tables régionales existaient comme dans le cas de la Table montérégienne de concertation des SEMO (Services externes de main d'oeuvre), de la Table des directeurs généraux des commissions scolaires de la Montérégie, de la Table des directrices des maisons d'hébergement de la Montérégie et dans le cas des centrales syndicales du secteur de la santé et des services sociaux, les personnes ont été élues par ces collègues électoraux. Une personne a été déléguée par la Direction régionale du services de probation. Pour deux postes le conseil régional a dû procéder à la nomination, à défaut de constituer un collègue électoral, soit dans le cas des municipalités et des communautés anglophones.

Tableau 8: Composition du comité tripartite

Catégories	Nb	Exigences particulières	Modalités de nomination des membres	Rôle du CRSSS
1^{er} tiers				
CHCD	3	- au moins un psychiatre - 1 du secteur adulte - 1 du secteur jeunesse - 1 d'un DSC	5 candidats ont été élus par la Table des CHCD, composée des directeurs généraux d'établissements, parmi lesquels 3 ont été nommés par le conseil régional	partiel
CLSC	2	- 1 du secteur jeunesse - 1 du secteur adulte	Élus parmi les membres de la table des directeurs généraux des 19 CLSC de la Montérégie	aucun
CSS	1		Déleguée par le CSS	aucun
CAH-CHLD	1		Élu par la table des directeurs généraux des CAH-CHLD, à l'automne 89.	aucun
2^e tiers				
Ressources alternatives hébergement et crise	3		Élus parmi les membres de l'Association des alternatives en santé mentale de la Montérégie qui regroupe les directeurs et directrices de ces ressources	aucun
Association de parents et d'amis	1		Délegués par l'Association des Parents et Amis du malade mental (APAMM) Rives-Sud (la seule ressource existant à ce moment pour les parents)	aucun
Groupes d'entraide	2		Délegués par Psychohésion à Valleyfield et Alternative Centregens à Longueuil (les deux ressources d'entraide existant à ce moment)	aucun
Organisme de promotion de la santé mentale	1		2 personnes ont été déleguées par les 2 associations alors existantes et l'une d'elle a été nommée par le CRSSS	partiel
3^e tiers				
Main-d'oeuvre	1	ouvrant dans un SEMO	Élu parmi les membres de la table montérégienne de concertation des SEMO	aucun
Justice	1		Délegué par la direction régionale du service de probation	aucun
Éducation	1		Élue par la Table des directeurs généraux des commissions scolaires de la Montérégie	aucun
Femmes en difficulté	1	des maisons d'hébergement pour femmes en difficulté	Élu parmi les membres de la table des directrices des maisons d'hébergement de la Montérégie	aucun
Communauté anglophone	1	ayant des connaissances spécifiques de la communauté anglophone	Nommé par le conseil régional, déjà membre du comité tripartite, coordonnateur dans un CLSC, responsable services aux anglophones	oui
Municipal	1		Nommé par le conseil régional, conseillère municipale de la ville de Granby, infirmière en psychiatrie	oui
Milieu de travail	1	syndicats des établissements SSS	Élu parmi les représentants délegués à cette fin par les centrales syndicales concernées	aucun

Après avoir statué sur la composition du comité tripartite, le CRSSS a ensuite mis en place un processus de nomination des membres du comité. Un résumé de la Politique de santé mentale, la description du mandat et de la composition du comité tripartite ont été transmis aux divers responsables des «collèges électoraux retenus» ou des organisations qui ont été invités à déléguer leurs représentants au comité tripartite en santé mentale. Le CRSSS a fait appel à des collègues électoraux représentant les différentes catégories retenues pour la composition du comité tripartite, lorsque cela était possible. Dans le cas des 1er et 2^e tiers, les tables de concertation par catégorie d'établissements et l'Association des alternatives en santé mentale ont été interpellées pour élire ou désigner des personnes susceptibles de les représenter.

Presque tous les membres du comité tripartite étaient des salariés appartenant à des organisations financées ou subventionnées par des fonds publics. Sur 21 personnes, deux seulement étaient des bénévoles et provenaient de l'Association canadienne de la santé mentale de Sorel-Tracy et une autre de l'Association des parents et amis du malade mental de Longueuil. Bien que leurs conditions de travail et de rémunération étaient très différentes, selon le type d'organisation dont ils provenaient, ils occupaient pour la plupart des fonctions de direction ou de coordination dans cette organisation.

Le rôle du Conseil régional s'est donc limité dans la plupart des cas à la supervision du processus de délégation et de nomination des participants et participantes au comité tripartite régional. La grande majorité des personnes ont été déléguées par une organisation ou élues par un collège régional lorsque cela était possible. L'existence d'un collège électoral a facilité pour ces personnes la «reddition de compte» aux mandataires et leur implication dans le processus d'élaboration du plan. Certains groupes ont plus particulièrement suivi le déroulement des travaux soit la Table des chefs de départements de psychiatrie et la Table des chefs de départements de santé publique, l'Association des alternatives en santé mentale de la Montérégie et la Table des CLSC qui s'est dotée d'un comité de coordonnateurs pour suivre la planification des services en santé mentale de la Montérégie.

L'instauration d'une nouvelle structure de participation exigeait l'abolition ou du moins le réaménagement des structures antérieures. Plusieurs membres des structures existantes, du comité permanent et des tables sous-régionales ont manifesté leur inconfort quant aux remaniements à effectuer. Indépendamment du bien-fondé d'élargir

le partenariat à de nouveaux acteurs le remaniement des structures constituait un facteur démobilisant pour les personnes déjà engagées dans un processus de participation. Plusieurs personnes qui avaient développé un sentiment d'appartenance au sein de l'un ou l'autre des comités de travail se sont vues, soit écartées des délibérations, soit dans l'obligation de partager le pouvoir avec de nouveaux membres alors que le comité au sein duquel elles étaient actives commençait à se doter d'une culture et à atteindre un niveau de fonctionnement satisfaisant en fonction des attentes et des objectifs des membres. À la demande des membres du comité permanent de santé mentale, qui pour la plupart souhaitaient poursuivre leur participation au sein du comité tripartite, les collègues électoraux concernés ont été incités à prolonger le mandat des personnes qu'ils avaient déjà mandatées pour participer au comité permanent de santé mentale. Sur 21 personnes nommées au comité tripartite, huit faisaient préalablement partie du comité permanent de santé mentale, dont quatre pour le 1er tiers, 2 pour le second tiers et 2 au 3è tiers. Cette mesure a permis à certaines personnes du comité permanent de poursuivre leur implication au sein du comité tripartite régional.

Les comités tripartites sous-régionaux

Les neuf comités tripartites sous-régionaux, étaient composés de quinze personnes chacun,

« Leur mandat consistait à valider les objectifs régionaux, à proposer des moyens pour opérationnaliser ces objectifs, à prioriser les problématiques sous-régionales et à proposer une application du modèle d'organisation de services en identifiant les responsabilités des différents organismes et établissements » (PROS, p.17).

Bien que dès le départ, soit en mai 1989, le plan de travail prévoyait la contribution de comités tripartites sous-régionaux, leur composition et leur mandat n'ont été approuvés par le comité tripartite régional qu'en février 1990 et leur mise sur pied ne s'est effectuée qu'au printemps 1990.

Chacun des comités tripartites sous-régionaux, à la demande du comité régional était composé de 5 personnes pour le premier tiers dont une provenant de chacune des catégories d'établissements de services publics en santé mentale soit d'un CLSC, d'un CAH, d'un CH, du CSS et du DSC, de cinq personnes pour un deuxième tiers, provenant des organismes communautaires et de cinq personnes devant être cooptées par les 10 premières pour constituer un troisième tiers.

Afin de mettre sur pied les comités tripartites sous-régionaux le CRSSS de la Montérégie a invité les directeurs et directrices généraux de toutes les organisations intervenant dans le secteur de la santé mentale (1er tiers et 2è tiers) dans chacune des régions, à participer, ou à déléguer une personne les représentant, à une assemblée électorale. Au cours de cette assemblée les participants et participantes ont élu leurs représentants pour les premier et deuxième tiers. Les dix personnes ainsi désignées ont ensuite déterminé par cooptation, soit les organisations, soit les personnes, qui devraient se joindre au comité sous-régional pour le troisième tiers. La cooptation du troisième tiers devait refléter les préoccupations de la région et les liens de collaboration déjà développés avec certaines personnes provenant d'autres secteurs d'activité. Les contacts ont ensuite été établis par le permanence du CRSSS avec les organisations ou les personnes désignées pour obtenir leur adhésion aux travaux des comités tripartites sous-régionaux.²⁹

La grande majorité de ces personnes étaient salariées de l'organisation qu'elles représentaient soit toutes les personnes du premier tiers et 75 des 89 sièges des deuxième et troisième tiers. La plupart des salariés occupaient des fonctions de direction, de «chef» ou de coordination. C'est principalement dans le troisième tiers que l'on retrouvait des personnes ne détenant pas de postes décisionnels dans leur organisation, c'est-à-dire occupant des fonctions de conseiller, d'agent, d'animateur, de professeur ou d'intervenant.

Sur les 89 postes des 2è et 3è tiers, 14 étaient détenus par des personnes qui n'occupaient pas de fonction rémunérée dans l'organisation qu'elle représentaient. Onze de ces personnes siégeaient sur le conseil d'administration de leur organisation (neuf présidents ou présidentes, une vice-présidente, et un membre de conseil d'administration). On comptait deux personnes membres réguliers d'associations et finalement un avocat.

Au niveau du deuxième tiers, dans les neuf sous-régions de la Montérégie, les différents groupes de promotion de la santé mentale, d'entraide aux personnes et aux familles et de défense des droits détenaient plus de 69% des sièges, ce qui différenciat

29 Cette phase a exigé plusieurs semaines de travail, tant pour la préparation et la tenue de toutes les assemblées sous-régionales que pour la sollicitation des dizaine d'organisations concernées et l'obtention de leur consentement. Une stagiaire de l'Université du Québec à Montréal, provenant du département de psychosociologie des communications s'est consacrée à cette tâche.

la composition des comités tripartites sous-régionaux des groupes de référence d'où ils étaient absents. Venaient ensuite les ressources alternatives d'intervention auprès des personnes éprouvant des troubles sévères avec 18% des sièges et finalement les ressources alternatives d'intervention de crise avec 13 % des sièges. La forte représentation des divers groupes de promotion, de défense des droits, d'entraide aux personnes et aux familles aux comités tripartites sous-régionaux était non seulement le reflet de la multiplication de ce type de groupes en Montérégie au cours des années précédentes mais elle témoignait également d'une reconnaissance croissante de leur légitimité. Cette reconnaissance était telle qu'ils ont supplanté les ressources alternatives de services (pour les problèmes de santé mentale et l'intervention de crise) dans les comités tripartites sous-régionaux. Des tensions entre les plus «vieilles ressources» en Montérégie et cette nouvelle catégorie a pu, à l'occasion affecter la cohésion du deuxième tiers.

Tableau 9: Composition du 2^e tiers des comités tripartites sous-régionaux

2^e tiers	#	%
Groupes d'entraide	12	27
Collectif des défense des droits de la Montérégie	8	18
Associations des parents et amis du malade mental (APAMM)	8	18
Filiales locales de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM)	2	4
Déprimés anonymes	1	2
Ressources alternatives pour les problèmes de santé mentale sévères	8	18
Ressources alternatives d'intervention de crise	6	13

La composition du 3^e tiers reflétait les préoccupations particulières de chacune des régions et les liens de collaboration qui avaient été développés avec des «organisations dont les activités peuvent avoir une influence sur la santé mentale de la population».

Le tableau 10 présente le nombre de personnes cooptées en fonction des divers secteurs d'intérêt dans les neuf comités tripartites sous-régionaux. La préoccupation majeure des membres des premiers et deuxième tiers lors de la cooptation du troisième tiers, concernait la participation d'organisations représentant des populations particulières soit celles des femmes en difficulté et des aînés. Dans cette catégorie on retrouvait également une personne provenant d'une ressource pour personnes

itinérantes et une personne d'un organisme communautaire pour la jeunesse anglophone. La seconde grande catégorie d'intérêt correspond aux secteurs d'activités connexes de services publics. Viennent dans l'ordre le secteur de l'éducation, celui du travail, celui de la justice et le secteur municipal avec une préoccupation particulière pour les loisirs et les services de police. Une troisième catégorie occupait 5 des 44 sièges; il s'agit de centres d'action bénévoles. Finalement, une région a sollicité la participation de l'Association des familles d'accueil et une autre celle d'un pavillon. Bien que ces ressources offraient des services en santé mentale elles ont été incluses dans le troisième tiers. Elles étaient considérées comme représentant des ressources intermédiaires qui ne sont assimilables ni au premier tiers, ni au second tiers. Les familles d'accueil et les pavillons sont des organisations privées financées par des fonds publics.

Tableau 10: Composition des 3^e tiers des comités tripartites sous-régionaux

3^e tiers	TOTAL
	44
POPULATIONS PARTICULIERES	11
Ressources pour femmes	6
Associations pour les aînés (dont 2 AQDR)	3
Ressource pour personnes itinérantes	1
Service Jeunesse-anglophone	1
SECTEUR DE L'ÉDUCATION	9
Commission scolaire	5
CEGEP	2
Maison d'éducation des adultes	1
Organisme de formation	1
SECTEUR DU TRAVAIL	7
Service externe de main d'oeuvre (SEMO)	5
Centre travail Québec	1
Emploi-Canada	1
SECTEUR DE LA JUSTICE	6
Probation	5
Avocat	1
SECTEUR MUNICIPAL	4
Ville et municipalité	2
Loisirs municipaux	1
Police	1
CENTRES D'ACTION BÉNÉVOLE	5
ASSOCIATIONS DE SERVICES PRIVÉS	2
Association des familles d'accueil	1
Pavillon	1

L'équipe du conseil régional

Plusieurs personnes employées du CRSSS ont été impliquées dans la réalisation du PROS, dont cinq à temps plein. En plus de ces personnes le coordonnateur du service de planification, la directrice de la planification et de l'évaluation et la coordonnatrice des services de santé physique et mentale à la Direction de la coordination des services à la communauté ont participé à la plupart des rencontres du comité tripartite. Jusqu'à sept personnes de la permanence du CRSSS étaient présentes aux réunions du comité tripartite: voilà donc «le quatrième tiers».

Afin d'assumer des responsabilités de plus en plus importantes en matière de planification des services, le CRSSS avait révisé son organisation à l'automne 1988. Il créait alors la Direction de la planification et de l'évaluation des services en scindant la Direction de la coordination et de la planification des services en deux directions. Confiée à la nouvelle Direction de la planification et de l'évaluation des services, la rédaction du plan en santé mentale a suscité la mise sur pied, à partir de février 1989 d'une équipe de travail composée de quatre personnes qui se sont consacrées exclusivement à cette tâche pendant plus de deux ans. La réalisation du plan a été confiée à la conseillère en santé mentale qui jusque là travaillait à la direction de la coordination et de la planification des services. Elle a été remplacée dans ses fonctions par un nouvel employé engagé pour faire l'intérim et se charger de la coordination des services. En plus de la conseillère à la planification, une analyste en systèmes d'information était responsable de concevoir un système d'information pour intégrer et gérer toutes les données relatives au portrait des services et des ressources en santé mentale de la Montérégie. Ce projet faisait figure d'expérience pilote pour le CRSSS et devait ensuite être généralisé aux autres plans; une technicienne participait à la cueillette et au traitement des données et une secrétaire s'occupait de la correspondance, des convocations, des procès-verbaux et de la production des centaines de pages des divers documents de travail. À la phase de consultation et de rédaction finale du document une conseillère en communications et une réviseuse linguistique se joindront à cette équipe.

En cours de mandat le comité tripartite a été mandaté pour adopter quatre programmes et répartir des budgets de développement en provenance du Ministère qui désirait implanter «La phase I, du plan d'action de *la Politique de santé mentale*». Les budgets disponibles ne pouvaient être alloués que si la programmation et l'allocation des ressources étaient conformes aux orientations ministérielles. Pour assumer cette tâche le

conseiller responsable de la coordination des services en santé mentale a été désigné et y a consacré une partie importante de son temps.

Les autres mécanismes de participation

Les mandats des diverses structures de participation à la planification régionale des services de santé mentale ainsi que leur composition ont évolué tout au cours du processus de réalisation du plan régional. Aux structures de participation décrites plus haut se sont greffés d'autres mécanismes de participation. Parmi ceux-ci figurent le recensement des services de santé mentale en Montérégie, une enquête effectuée auprès de cent cinquante personnes et une consultation élargie sous forme de questionnaires et d'audiences publiques. Ces modalités de participation si elles n'ont pas permis aux différents acteurs de participer au processus de délibération, leur ont néanmoins permis d'obtenir et de transmettre des informations au comité tripartite régional.

En plus des comités de référence, des comités tripartite régional et sous-régionaux, la phase de rédaction du plan a exigé la collaboration de toutes les organisations communautaires et publiques en Montérégie afin de recenser les clientèles, les services et les ressources disponibles. En second lieu une enquête a été effectuée à la demande des membres du comité tripartite régional auprès de 150 personnes, parents, usagers et usagères. Ensuite une consultation publique a été effectuée, tel qu'exigée par le Ministère. Environ 1,300 questionnaires ont été expédiés, 62 questionnaires ont été retournés au conseil régional et 18 groupes ont transmis leurs recommandations au cours de trois jours d'audiences publiques, aux six «commissaires» délégués, membres du comité tripartite régional (2 personnes représentant chacun des tiers).

Bien que la représentativité des participants et participantes à la consultation élargie ait été plus étendue bien sûr, que pour les autres structures de participation, cette modalité n'a eu que très peu d'influence sur le contenu du PROS. Il est intéressant cependant de noter que sur les 62 questionnaires retournés au CRSSS, 28 provenaient du 3^e tiers, alors qu'il a été difficile de susciter leur engagement et leur participation aux comités tripartites régional et sous-régionaux. Ils ont répondu à la consultation par correspondance davantage que les représentants des premier et deuxième tiers, qui ont respectivement transmis 18 et 15 questionnaires (un questionnaire a été complété par une table de concertation). Seulement deux des 28 groupes représentant le 3^e tiers se sont inscrits aux audiences publiques, alors que les 1^{er} (7 inscriptions) et 2^e tiers (8 inscriptions) s'y sont inscrits plus fréquemment. Ces données confirment l'observation

selon laquelle plus le degré d'engagement s'accroît, élevant par voie de conséquence le coût de la participation, plus cette participation a tendance à diminuer, lorsque les intérêts des acteurs ne sont pas directement en cause.

Une série de consultations plus restreintes ont finalement été menées auprès de certains comités du CRSSS, comme le Comité de conditions de vie des femmes et auprès d'un comité interne composé des coordonnateurs et coordonnatrices des différents programmes et services du CRSSS.

On peut noter au cours du processus de réalisation du plan une demande très nette d'élargir le nombre de participants et de participantes et d'accroître la légitimité des représentants et des représentantes du comité tripartite. Nous reviendrons dans la section suivante sur l'évolution des structures de participation et sur l'implication des divers groupes d'acteurs tout au long du processus de réalisation du plan.

Mais où sont les citoyens et les citoyennes?

Il est simpliste de réduire les intérêts d'une personne à ceux d'un groupe en particulier. Une même personne exerce de nombreux rôles sociaux, professe des opinions variées sur de multiples sujets et peut adhérer formellement ou non à plusieurs catégories d'action sociopolitique ou à divers groupes d'intérêt. Cependant, selon une logique de représentation démocratique procédant par voie de délégation, la représentation d'un groupe par une personne doit faire l'objet d'une entente explicite, et c'est de la signification de cet engagement dont nous parlons ici. Il s'agit donc d'identifier, à partir des catégories d'intérêt représentées, la logique d'agrégation des intérêts et le type de représentativité qui ont présidé à la structuration du processus de participation au PROS en santé mentale de la Montérégie.

Les divers mécanismes de participation au PROS ont suscité une mobilisation sans précédent. Les modalités de participation retenues par le conseil régional et par le comité tripartite ont finalement dépassé les exigences formulées dans le cadre de la *Politique de santé mentale*. Plusieurs centaines de personnes ont participé aux groupes de référence, aux enquêtes et à la consultation élargie, contribuant ainsi à accroître la légitimité de la planification régionale des services en santé mentale.

Nous nous pencherons cependant plus spécialement sur l'évaluation du type de représentation ayant guidé la composition des comités tripartite régional et sous-régionaux, qui sont les structures ayant exercé le plus de pouvoir dans le cadre de la

réalisation du PROS en santé mentale de la Montérégie et qui ont été mises sur pied pour représenter les divers intérêts de la région et des sous-régions.

Non seulement le nombre de représentants et de représentantes a été augmenté, mais les catégories d'intérêt représentées se sont diversifiées, contribuant ainsi à élargir la représentativité du processus de participation à la planification régionale des services en santé mentale de la Montérégie. Plus particulièrement avec la participation croissante des groupes d'entraide, des ressources communautaires et l'adjonction d'un 3^e tiers, la légitimité des comités tripartites régional et sous-régionaux a été améliorée semble-t-il.

L'analyse des catégories d'acteurs et des intérêts qu'ils représentaient indique que leur légitimité reposait sur plusieurs logiques d'agrégation des intérêts plus ou moins cohérentes et se juxtaposant parfois les unes aux autres, comme dans le cas des sièges des centres hospitaliers où une personne devait représenter à la fois un type d'établissement et une corporation professionnelle, ou encore dans un autre cas, lorsque l'on a choisi un délégué parmi deux candidatures soumises, en fonction de la région d'appartenance, afin d'assurer au sein du comité tripartite la présence de personnes provenant de toutes les sous-régions de la Montérégie. Dans ces deux exemples la catégorisation des intérêts était fondée sur l'appartenance à une corporation professionnelles, à une corporation publique ou encore à une région, les deux premières catégories pouvant être associées à une représentation corporatiste et sectionnelle et la troisième à une représentation populationnelle.

Les diverses logiques d'agrégation et de reconnaissance des groupes d'acteurs invités à participer aux comités tripartites régional et sous-régionaux, témoignent d'un certain éclatement de la représentation parfois populationnelle, parfois sectionnelle, et à l'occasion politique (comme dans le cas des élus municipaux), si l'on réfère à la typologie des catégories de représentation du modèle théorique présenté dans un chapitre précédent. Cependant on peut affirmer que la représentation sectionnelle a dominé et on doit regretter que les citoyens et les citoyennes aient été exclus du processus de participation.

La participation en Montérégie s'est construite autour des intérêts corporatistes des producteurs de services du premier tiers d'abord, des groupes représentant le mouvement communautaire engagés dans la prestation de services alternatifs ensuite, et finalement des groupes d'entraide et des groupes de promotion des droits. Ces intérêts représentés au sein des 1^{er} et 2^e tiers, relèvent d'une logique de production-

consommation des services, les intérêts des producteurs de services étant surreprésentés par rapport à ceux des usagers et des usagères. Une partie des personnes siégeant au 2^e tiers étaient dans les faits des producteurs de services financés par des fonds publics, malgré une idéologie « communautaires » et des pratiques « alternatives ». Les personnes occupant les postes du premier tiers représentaient bien sûr des intérêts de producteurs de services et à ce titre s'inscrivaient dans un type de représentation sectionnelle, ce qui nous fait dire qu'une représentation de type sectionnelle a dominé la structuration de la participation au PROS.

On considère généralement les groupes de pression et les groupes d'usagers et d'usagères comme faisant partie de la population et donc comme une catégorie d'intérêt populationnelle. Si l'accroissement de la participation des groupes de promotion, de défense des droits et d'entraide aux personnes et aux familles a contribué à accroître la légitimité des comités tripartites régional et sous-régionaux, les usagers et les usagères eux-mêmes ont été absents, étant représentés par le personnel rémunéré des groupes d'entraide ou de promotion. Dans le meilleur des cas ils ont été représentés par des bénévoles de l'Association des parents et amis du malade mental, mais on verra plus loin que les intérêts et les préférences des parents ne coïncident pas toujours avec ceux des personnes elles-mêmes.

« Ce qui fait dire à certains que ce sont toujours les intervenants qui parlent au nom des personnes ayant des problèmes de santé mentale, des intervenants aussi pourvoyeurs de services, leurs services. Le fait que les représentants sur les comités soient quasi exclusivement des pourvoyeurs de services semble critiqué par toutes les personnes interrogées » (Fleury, 1996, p.117).

Au niveau du discours des catégories d'acteurs nous avons déjà distingué le « corporatisme » des représentants du premier tiers, leur légitimité reposant sur l'expertise qu'ils détiennent et pour laquelle ils souhaitent être reconnus et la philosophie communautarisante et social-démocrate des organismes communautaires, qui assoient leur légitimité sur la défense des droits des personnes, et l'engagement de la communauté. Cependant la représentation aux comités tripartite régional et sous-régionaux, pour les 1^{er} et 2^e tiers a reposé, sauf exception, sur la participation de personnes rémunérées pour offrir des services dans le secteur de la santé mentale, et c'est pourquoi on peut conclure qu'une représentation de type sectionnelle a dominé la représentation au sein des deux premiers tiers.

On attendait du 3^e tiers qu'il améliore la représentativité du processus de participation, et nous avons vu que la représentativité des membres du 3^e tiers reflétait des intérêts

diversifiés. On reconnaît une représentation parfois populationnelle (femmes, personnes âgées, anglophones) ou sectionnelle (soit du réseau sociosanitaire, soit d'autres secteurs: éducation, justice, travail, municipal). Si l'intersectorialité élargit les bases de la représentation, cette représentation demeure malgré tout, de type sectionnelle et spécialisée et peut être rattachée aux intérêts de corporations publiques. À défaut de pouvoir recourir au suffrage universel, certains groupes qui se sont manifestés dans le cadre des travaux du Comité Harnois auraient pu contribuer à améliorer la représentation des intérêts de la population, des citoyens et des citoyennes.

C'est sur le 3^e tiers que reposaient les espoirs de représentation des intérêts plus généraux de la population et des autres « secteurs concernés » afin de rendre justice à une « conception élargie de la santé mentale ». Seuls les représentants du 3^e tiers rejoignaient à l'occasion les intérêts plus larges de la population, quoique plusieurs d'entre eux aient été également à l'emploi d'organisations dont les ressources provenaient de fonds publics, et à ce titre ces personnes peuvent être considérées comme représentant également des intérêts corporatistes et sectionnels.

Pour conclure on peut regretter que la représentation des citoyens et des citoyennes ait été écartée. La *Politique de santé mentale* affirmait que tous les citoyens et les citoyennes sont concernés par la santé mentale, bien qu'à des degrés divers. Si le secteur de la santé mentale ne constitue qu'un secteur d'activité publique, ce secteur concerne la population en général. Pour que le / processus de participation à la planification régionale soit reconnu comme véritablement démocratique il aurait fallu que tous les citoyens et les citoyennes en Montérégie aient été légitimement représentés, mais comme nous l'avons déjà illustré plus haut, les directives ministérielles concernant la composition des comités tripartites réduisaient la possibilité de représentation de la population.

Conscients des limites et de l'importance de la représentation des intérêts de la population, et soucieux d'accroître la légitimité du processus de participation au PROS en santé mentale, les membres du comité tripartite vont intervenir dans le sens de l'élargissement de la représentation, à plusieurs reprises au cours de l'élaboration du PROS en santé mentale de la Montérégie.

L'apprentissage de la délibération

La démocratie suppose l'égalité des pouvoirs entre les citoyens et les citoyennes. La question du pouvoir est centrale à l'analyse de la participation démocratique. Si le critère de l'autonomie pose la question de la disponibilité des pouvoirs, si celui de la représentativité pose la question de la délégation des pouvoirs, le critère de la collégialité interroge la répartition des pouvoirs entre les citoyens et les citoyennes. La collégialité est la quatrième condition de la participation démocratique retenue selon le modèle théorique présenté dans un chapitre précédent.

«La régulation est collégiale en ce que chacun des intervenants exerce du pouvoir positif sur chacun des autres» (Lemieux, 1986, p. 116)

La délibération collégiale garantit à la fois le respect des individus et la défense du «bien commun». Sans dissoudre les conflits elle assure l'adhésion de tous les citoyens et de toutes les citoyennes au contrat collectif, parce qu'ils sont responsables et engagés dans le processus de prise de décision relatif à l'élaboration de ce contrat. La délibération collégiale, réciproque, permanente alimente la vitalité du projet démocratique. Dans un processus démocratique, la délibération, processus de prise de décision, d'échange et d'engagement des uns envers les autres, est réciproque.

Selon le Petit Robert la réciprocité «marque un échange équivalent entre deux personnes, deux groupes, deux choses». L'analyse de la réciprocité du processus de délibération nous permet d'évaluer la collégialité du processus de participation au plan régional d'organisation de services (PROS) en santé mentale de la Montérégie. La réciprocité fait appel à la notion d'équité, d'égalité ou d'équivalence entre les protagonistes. La réciprocité démocratique est le fruit d'engagements mutuels. Ces engagements sont négociés, transigés à travers le temps, et sont la conséquence d'une véritable délibération démocratique.

La réalisation du PROS en santé mentale de la Montérégie reposait sur un processus collectif de prise de décision. C'est sous l'angle des modalités de participation que nous analyserons le déroulement du processus d'élaboration du PROS pour en extraire les signes de la participation collégiale et étudier la réciprocité des échanges.

Les modalités de participation à la planification régionale ont-elles suscité une véritable délibération? Quelle a été la contribution des participants et participantes à la réalisation du PROS en santé mentale de la Montérégie? Les échanges étaient-ils réciproques et

ont-ils permis aux représentants et représentantes des différents groupes d'acteurs de contribuer également au processus de prise de décision? Ont-ils pu « rendre leurs préférences efficaces »?

« Selon la perspective de la théorie des jeux, on estime qu'un acteur exerce du pouvoir ou rend ses préférences efficaces quand il arrive, en jouant une certaine tactique combinée avec la tactique de l'autre au résultat qu'il préfère. Ce résultat se traduit par des moyens d'action qui sont l'enjeu de la relation de pouvoir entre les acteurs » (Lemieux, 1989, p. 132).

Avant de rechercher les signes de délibération et d'étudier la réciprocité des négociations, nous allons d'abord identifier les enjeux qui ont été retenus dans le *Plan régional d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie* afin de circonscrire l'aire de négociation disponible. Comme nous l'avons déjà mentionné, la *Politique de santé mentale* délimitait une aire de négociation comportant un certain nombre d'enjeux et déléguait au niveau régional la négociation d'une partie de ces enjeux dans le cadre de la réalisation des PROS en santé mentale.

Au cours de l'élaboration du PROS en santé mentale de la Montérégie, les participants et participantes ont occupé ce territoire collectif tout en essayant d'obtenir des gains pour le groupe qu'ils représentaient. Ils ont dû s'approprier ces pouvoirs dans un système hiérarchisé d'abord et apprendre à le partager entre eux ensuite. Nous nous apprêtons à reconstruire cet exercice dans les prochaines pages, à partir des traces qu'a laissées la planification régionale des services de santé mentale en Montérégie.

Après avoir cerné les enjeux du plan d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie, nous étudierons la contribution des différentes structures de participation à la négociation de ces enjeux puis nous analyserons les modalités de délibération au sein du comité tripartite pour évaluer la réciprocité des échanges et la répartition des gains entre les différents groupes d'acteurs.

Les enjeux du PROS en santé mentale de la Montérégie

Le *Plan régional d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie* comportait six chapitres. Les deux premiers chapitres du plan concernaient la gestion du processus de planification, le troisième chapitre concernait l'analyse des besoins de la population, le quatrième chapitre présentait le portrait des services et de l'accessibilité des programmes, le cinquième chapitre correspondait à la coordination, à la

planification des services et à la répartition des responsabilités et des ressources, alors que le sixième chapitre concernait la mise en oeuvre du plan.

Bien que certaines sections aient fait l'objet de remaniements jusqu'à la fin des travaux, ces chapitres ont été réalisés, rédigés et adoptés dans un ordre chronologique. Ils ont fait l'objet de délibérations au sein des différentes instances dans cet ordre. L'analyse du contenu du plan permet de repérer les enjeux des délibérations au sein des diverses instances, d'évaluer leur contribution à la négociation de ces enjeux et de mesurer la répartition du pouvoir entre les divers groupes d'acteurs à l'égard de ces enjeux.

Le tableau 11 présente, dans la colonne de gauche, un résumé de chacun des chapitres du plan d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie et, dans la colonne de droite, la liste des sections du plan à partir desquelles sera étudiée la contribution des différents groupes d'acteurs.

La gestion du processus de planification

Les deux premiers chapitres correspondaient aux phases d'appropriation du mandat et de structuration des modalités de participation.

Dans le premier chapitre, qui ne comporte que sept pages, on résumait le contexte provincial de la planification régionale et on rappelait le mandat confié aux conseils régionaux en matière de planification régionale. On y resituait la rédaction de la *Politique de santé mentale* dans le cadre de la Commission Rochon et de la réforme des services sociaux et de santé. On rappelait l'évolution des services au cours des années 1980 qui

« ont vu la diversification des modèles et des pratiques d'intervention, la désinstitutionnalisation et l'éclatement du monopole asilaire, la multiplication des promoteurs et des lieux de pratique, l'implication des organismes communautaires et l'essor des ressources alternatives » (PROS en santé mentale, p.5).

Tableau 11: Le contenu du PROS en santé mentale

Résumés des chapitres	Sections du plan
Chapitre 1 (7 pages): Le contexte de réalisation	
<ul style="list-style-type: none"> - Résumé de la Politique de santé mentale, «les problèmes, les cinq objectifs et les moyens» - Présentation du mandat : contenu du plan, processus de participation, critères d'approbation. - Rappel du processus de prise de décision «consensuel» présenté dans le guide de planification ministériel et des enjeux «démocratiques de la planification régionale» 	<ul style="list-style-type: none"> 1.1- La politique de santé mentale 1.2 -Le mandat pour la réalisation des plans
Chapitre 2 (7 pages): La réalisation du plan	
<ul style="list-style-type: none"> - Rappel des travaux de planification déjà réalisés en Montérégie - Présentation des structures de participation à la planification régionale - Formulation d'un objectif général et de 8 sous-objectifs 	<ul style="list-style-type: none"> 2.1- Le contexte de planification 2.2- Le processus de réalisation du plan 2.3 Les objectifs du plan
Chapitre 3 (64 pages) : L'analyse des besoins	
<ul style="list-style-type: none"> - Présentation du portrait démographique de la Montérégie - «la délimitation du champ d'intervention» comprend un but pour l'ensemble des services de santé mentale en Montérégie et présente trois niveaux d'intervention. - Pour chacun des niveaux une analyse de la problématique et un «but de l'intervention» sont rédigés. - «les clientèles particulières» sont présentées ainsi que les clientèles desservies par d'autres «secteurs d'activités » - Tableaux présentant le« répertoire des programmes requis» et les «normes de clientèles, services et ressources requises» 	<ul style="list-style-type: none"> 3.1- Le portrait de la population 3.2- La délimitation du champ d'intervention 3.3- Les problématiques par niveau d'intervention 3.4- Les clientèles particulières 3.5- Les programmes requis
Chapitre 4 (24 pages)Portrait des ressources	
<ul style="list-style-type: none"> - Présentation des catégories de distributeurs de services en santé mentale dans la Montérégie - Présentation du degré d'accessibilité des différents programmes en fonction des normes retenues. 	<ul style="list-style-type: none"> 4.1 Les distributeurs de services 4.2 La disponibilité des programmes
Chapitre 5 (60 pages)La planification des services	
<ul style="list-style-type: none"> - Le«système d'organisation de services». Il comporte trois sphères de responsabilités qui devront être assumées par le Conseil régional «en collaboration avec le comité tripartite régional et ses autres partenaires». - Pour chacune des sphères de responsabilités des «orientations, des objectifs et des recommandations» sont rédigés. -Les troisième et quatrième sections du chapitre cinq présentent respectivement le «modèle d'organisation régional des services» et les «modèles de répartition des ressources et de priorisation des programmes». 	<ul style="list-style-type: none"> 5.1- Les trois sphères de responsabilités 5.2- Les orientations, les objectifs et les recommandations 5.3- Répartition des responsabilités entre les distributeurs 5.4-Répartition des ressources et priorisation des programmes
Chapitre 6 (45pages)Le plan d'action	
Présentation d'un plan d'action relatif aux trois sphères d'activités et aux activités retenues au chapitre cinq. Pour chacune des activités un état de situation est présenté, ainsi qu'un plan de travail et un échéancier.	<ul style="list-style-type: none"> 6.1- Les activités de planification 6.2- La gestion des programmes 6.3- Contrôle et coordination du système d'organisation de services

On resituait la diversification des pratiques et l'ouverture sur une clientèle plus vaste, dans le contexte de l'élargissement de la notion de santé mentale. «La définition de la santé mentale s'est élargie considérablement, ce qui a entraîné un élargissement du champ d'interventions» (PROS, p.5). On mentionnait que les interventions ne se limitaient plus au domaine du curatif et de la réadaptation auprès «des personnes souffrant de troubles mentaux sévères» puisque des programmes d'intervention de crise, de prévention et de promotion s'adressant «aux personnes éprouvant des difficultés menaçant leur équilibre mental», à «certains groupes à risque» et à la population en général, devaient également être disponibles.

On résumait ensuite la *Politique de santé mentale*, en rappelant les cinq objectifs de la politique et en présentant le mandat confié aux conseils régionaux relativement à la réalisation des plans d'organisation de services. Le contenu du plan, tel que défini par la politique, le processus de réalisation avec le comité tripartite et la consultation élargie, ainsi que les critères d'approbation étaient également exposés dans ce chapitre.

Bien que les modalités de participation aient évolué tout au long de la réalisation du PROS en santé mentale de la Montérégie, une certaine conception du processus de participation a guidé, dès le départ, « l'instauration du partenariat ». Le processus de participation concernant la réalisation du plan était clairement associé aux objectifs de démocratisation des services sociaux et de santé. Il est écrit que c'est « Afin de consolider le partenariat essentiel à la démocratisation des services » (PROS en santé mentale, p.8) que le Ministère a confié aux conseils régionaux la responsabilité de réaliser des plans d'organisation de services en santé mentale. On affirmait dans le PROS que la planification régionale comportait non seulement des enjeux méthodologiques de rationalisation des services mais également des enjeux «démocratiques» liés au «processus de décision (qui) demeure un élément important de la planification» (PROS, p. 10).

Le second chapitre était bref (7 pages) et concernait la structuration du processus de participation et la définition des objectifs de la planification régionale. On y rappelait les travaux de planification déjà réalisés en Montérégie et on y présentait les structures de participation en santé mentale. Ce chapitre énonçait également les objectifs associés au processus de planification des services en Montérégie, formulés préalablement à la réalisation du PROS en santé mentale de la Montérégie. Le processus de planification

régionale s'inscrivait dans la perspective de l'élargissement de la notion de santé mentale et cherchait à intégrer la diversité des interventions requises dans un système de services gérés par «l'ensemble des partenaires».

« En conformité avec la Politique de santé mentale, la réalisation du plan d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie vise d'abord à promouvoir une vision globale de la santé mentale, des besoins de l'ensemble de la population et des personnes en difficulté et la mise en place de l'ensemble des services afin de favoriser une gestion concertée entre l'ensemble des partenaires » (PROS, 1991, p. 18).

Les sous-objectifs suivants ont été formulés concernant la rationalisation et la démocratisation des services. Une première catégorie peut être classée sous la rubrique de la rationalisation des services, pour en contrôler la pertinence, l'efficacité ou l'efficience. Ces sous-objectifs précisaient les enjeux de la planification des services: évaluation des besoins et des services, répartition des responsabilités, répartition des ressources entre les clientèles, les programmes et les sous-régions et contrôle de la qualité des services par la «mise en place d'un système d'évaluation».

- « - Améliorer la connaissance des besoins de la population et de la disponibilité des ressources, et permettre la mise à jour périodique de ces connaissances;
- Préciser les responsabilités des différents/es partenaires afin d'éviter les duplications et les ambiguïtés;
- Permettre l'ajustement des ressources aux besoins connus de la clientèle;
- Permettre d'améliorer les services par la mise en place d'un système d'évaluation de leur qualité, de leur efficience et de leur pertinence;
- Favoriser l'équité intrarégionale et interprogrammes par une meilleure répartition des ressources » (PROS, 1991, p. 18).

Les trois sous-objectifs suivants avaient trait davantage au processus de participation régionale et locale et à l'engagement concerté des partenaires; ils peuvent être associés à l'enjeu de la « démocratisation » et du partenariat. Il s'agissait de

- « - Favoriser le partenariat et la concertation entre les partenaires concernés/es;
- Permettre de mettre en place un système de gestion des services axé sur les besoins des personnes et favorisant les initiatives locales et communautaires;
- Identifier des objectifs à atteindre par des efforts concertés afin d'améliorer la santé mentale de la population » (PROS, p. 18)

L'analyse des besoins de la population

Le troisième chapitre avait pour titre «L'analyse des besoins de la population». Il comportait plusieurs sous-sections et comptait plus de soixante pages. Après avoir brossé le portrait démographique de la Montérégie, on y précisait «la délimitation du champ d'intervention» en santé mentale. Fondé sur la définition de la santé mentale et sur les deux objectifs énoncés dans la *Politique de santé mentale* le but suivant pour l'ensemble des services et des programmes de santé mentale en Montérégie a été retenu par le comité tripartite en santé mentale:

« Bien que le système de distribution de services ne constitue qu'un des déterminants de la santé mentale, il devra contribuer à améliorer la santé mentale de la population en Montérégie, et de certains groupes à risque et supporter les personnes en difficulté transitoire, persistante, bénigne ou sévère et leurs familles par une approche bio-psycho-sociale, considérant l'ensemble des besoins de la personne, en respectant son autonomie et en favorisant son insertion communautaire et sociale » (PROS en santé mentale, p.30).

Le champ d'intervention était ensuite découpé en trois niveaux d'intervention, inspirés des définitions des clientèles-cibles de la *Politique de santé mentale*. Pour chacun des ces niveaux une analyse de la problématique était présentée comportant une revue de littérature, des indicateurs de prévalence provenant de recherches, d'enquêtes ou de recensements québécois et finalement un «but de l'intervention». C'est à partir de cette analyse théorique des besoins qu'ont été formulés les services à rendre pour chacune des clientèles.

Ces trois «niveaux d'intervention» sont les suivants:

« La population en général, et plus particulièrement certains groupes à risque constituent une première catégorie de clientèle cible à laquelle correspond le niveau d'intervention de promotion et de prévention.

Une seconde problématique concerne les personnes éprouvant des troubles transitoires de santé mentale. Ces personnes ont un niveau de stress élevé, qui perturbe leur équilibre psychique sans atteinte importante de leurs habiletés fonctionnelles au niveau de la vie quotidienne. Dans la plupart des cas, l'intervention supporte la personne dans son milieu et n'exige pas de retrait de son domicile. À cette clientèle correspond le niveau d'intervention de première ligne et de crise.

Une troisième clientèle est constituée par les personnes éprouvant des troubles sévères, complexes ou persistants de santé mentale. L'équilibre psychique de ces personnes est perturbé au point d'affecter leurs habiletés fonctionnelles au niveau de la vie quotidienne et de compromettre leur relations sociales. À cette

clientèle correspond le niveau des services spécialisés » (PROS, p.30-31).

Finalement une dernière section de ce chapitre portait sur «les clientèles particulières». On y présentait la problématique et les données disponibles concernant «la population de langue anglaise» et «les femmes». Concernant les «clientèles éprouvant des troubles multiples associés à des problèmes de santé mentale» on a retenu «les personnes judiciairisées» et l'itinérance pour lesquels on brossait également un bref état de situation. Les clientèles déjà desservies par d'autres «secteurs d'activités au sein des services sociaux et de santé» étaient simplement mentionnées, pour fin de «collaboration avec ces différents secteurs»; il s'agit de la protection de la jeunesse, de la mésadaptation socio-affective, de l'alcoolisme et la toxicomanie et de la violence familiale et conjugale (PROS, p.64).

Les sections suivantes du même chapitre présentaient, principalement sous forme de tableaux, «le répertoire des programmes requis» ainsi que les «indicateurs de besoins» qui permettaient d'estimer les services et les ressources requises afin de répondre aux besoins de la population.

« C'est ce répertoire inscrit au coeur du plan d'organisation de services en santé mentale, qui fait le lien entre les besoins des personnes et la distribution des services. C'est lui qui nous permettra de planifier et administrer les services par programme et de recentrer le système sur les besoins des personnes » (PROS, p.65).

L'évaluation de l'accessibilité des services

Le quatrième chapitre était consacré au recensement des distributeurs de services et des ressources disponibles afin de pouvoir procéder ensuite à la répartition des ressources et des responsabilités. Le quatrième chapitre s'intitulait «Portrait des ressources actuelles en santé mentale» et comprenait environ 25 pages. Une première section présentait les catégories de distributeurs de services en santé mentale dans la Montérégie ainsi que leur contribution au développement et à la prestation des services de santé mentale. On rappelait le rôle qu'avaient joué le comité tripartite et les tables de concertation sous-régionales, auxquelles participaient «tous les organismes et établissements oeuvrant en santé mentale». On rappelait finalement le rôle du Conseil régional qui travaillait en collaboration avec le comité tripartite à « planifier, coordonner et gérer » l'ensemble des services de santé mentale sur son territoire. On concluait cette section en rappelant que l'enjeu de la planification des services en santé

mentale consistait, non pas à organiser les services en fonction des caractéristiques des distributeurs de services, mais plutôt en fonction des besoins des clientèles.

« Au cours des prochaines années les préoccupations se définiront de plus en plus en fonction des besoins des personnes et la nature des programmes à offrir devra prendre plus d'importance que l'identité du distributeur de services. Le plan d'organisation de services en santé mentale permet d'amorcer ce virage en planifiant des programmes en fonction des clientèles, et des objectifs à atteindre » (PROS en santé mentale, p.92).

C'est pour effectuer ce virage, que la section suivante du chapitre quatre présentait la description des ressources disponibles non pas en fonction des distributeurs de services mais, cette fois-ci, en fonction des « programmes » retenus pour chaque niveau de services.

« Ce portrait tente de cerner l'accessibilité des différents programmes offerts, la répartition des ressources physiques, humaines et financières et de mesurer l'équité dans la distribution des ressources financières entre les programmes et les sous-régions » (PROS, p.93).

Les ressources disponibles étaient très en dessous des ressources requises pour répondre aux besoins de la population, pour tous les niveaux d'intervention, dans tous les programmes et dans toutes les sous-régions de la Montérégie. Cette situation s'expliquait par la pauvreté historique de la Montérégie en santé mentale par rapport aux autres régions du Québec.

La planification et la coordination régionale des services

Le chapitre cinq du PROS en santé mentale portait sur la « planification des services », il comptait une soixantaine de pages et comportait quatre sections. Cette « planification » tentait de corriger « l'écart entre la situation actuelle et la situation désirée » telles que décrites aux chapitres concernant le portrait des services et les besoins de la population. Le plan régional d'organisation de services était considéré comme un « outil privilégié permettant de piloter le système » en collaboration avec les comités tripartites régional et sous-régionaux.

« Le Conseil de la santé et des services sociaux de la Montérégie doit donc se doter d'outils pour piloter le système de distribution de services en santé mentale afin de maximiser l'impact de ce système sur la santé mentale de la population et des personnes éprouvant des troubles de santé mentale, tout en respectant les orientations provinciales et régionales » (PROS, p.109).

Le «système d'organisation de services» était conçu en fonction de trois «sphères de responsabilités» qui devaient être assumées par le Conseil régional de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie «en collaboration avec le comité tripartite régional et ses autres partenaires» (PROS en santé mentale, p.110)

Ces responsabilités étaient ainsi définies:

- « - la gestion des relations avec les personnes auxquelles sont destinées les services;
- la gestion des programmes;
- la coordination de l'ensemble du système et des relations entre les différents partenaires » (PROS en santé mentale, p.110).

Chacune de ces « sphères de responsabilités » régionales comportait un ensemble d'activités, de tâches ou de fonctions qui sont les suivantes:

- Au niveau des «relations avec la clientèle: primauté de la personne»
 - poursuite de l'évaluation des besoins et identification des programmes et des services requis en fonction de nouvelles problématiques
 - rédaction des programmes cadres en fonction des priorités de développement
 - promotion, défense et protection des droits
 - définition des mécanismes d'accès
- Au niveau de «l'administration des programmes et des services»
 - répartition des responsabilités entre les distributeurs
 - gestion de la répartition des ressources
 - implantation et coordination des programmes et des services
 - maintien de la personnes dans son milieu de vie
 - support aux organismes communautaires
 - évaluation et suivi des services et des programmes
 - coordination des activités de formation
- Au niveau de la «coordination du système d'organisation de services»
 - la gestion des structures participatives
 - l'évaluation et le suivi du plan
 - les relations avec le Ministère

Étaient ensuite présentées pour chacune des ces responsabilités des «orientations, des objectifs et des recommandations» qui ont été formulés au sein des divers comités tout au long du processus de réalisation du plan et lors de la consultation. Ces sections constituaient le coeur de la « planification stratégique » du plan en formulant les principes et les fondements de l'organisation de services tout autant que certaines modalités de fonctionnement et de mise en oeuvre de plusieurs des orientations et objectifs formulés. La primauté des personnes, la reconnaissance de ses droits, la possibilité de faire des choix devaient présider aux relations avec la clientèle. Les principes de flexibilité, d'équité, de qualité, d'efficience, la disponibilité de services dans la communauté étaient retenus comme éléments fondateurs de l'organisation de

services. Alors que l'implication de tous les partenaires concernés devait s'incarner dans de nouvelles structures de planification et de concertation.

La répartition des responsabilités et des ressources

Les sections 5.3, 5.4 et 5.5 méritent une attention particulière, parce qu'elles concernaient plus spécifiquement la répartition des responsabilités et des ressources entre les distributeurs de services. Les troisième, quatrième et cinquième sections du chapitre cinq présentaient respectivement le «modèle d'organisation régional des services», le «modèle de répartition des ressources » et le « modèle de priorisation des programmes». Après avoir résumé les méthodes de travail utilisées, une série de tableaux présentaient ces modèles.

Le «modèle d'organisation régional des services» présentait pour chacun des programmes retenus dans le «répertoire de programmes» les catégories de distributeurs de services pouvant offrir ou collaborer à la prestation d'un programme. Le «modèle de répartition des ressources» présentait les ressources financières actuelles et requises et la répartition de budgets de développement pour atteindre une répartition équitable des ressources financières entre les niveaux de services et entre les sous-régions. Un troisième tableau présentait «le modèle de priorisation des besoins par programme» pour chacune des sous-régions de la Montérégie.

La mise en oeuvre du plan, l'évaluation des services

Le chapitre six, comportait quarante-cinq pages, et présentait un plan d'action relatif à douze activités issues des recommandations présentées au chapitre cinq, dont la mise en oeuvre avait été reportée après l'adoption du plan régional d'organisation de services. Le plan d'action visait à préciser les modalités de réalisation des différentes recommandations et activités de planification, de gestion des programmes et de coordination du système d'organisation des services en santé mentale de la Montérégie. Pour chacune des douze « activités », un objectif avait été retenu, un état de situation était présenté, ainsi qu'un plan de travail et un échéancier. Ces activités et ces objectifs sont présentés au tableau 12.

Tableau 12: Plan d'action du PROS en santé mentale

La planification	
1. Poursuite de l'évaluation des besoins et identification des programmes et des services requis en fonction de nouvelles problématiques	Évaluation des besoins des communautés allophones, des femmes, des personnes éprouvant des problèmes multiples, des «populations défavorisées», et adapter les services à ces besoins
2. Rédaction des programmes cadres en fonction des priorités de développement	Rédiger des programmes cadres en fonction des priorités de développement retenues et définir les mécanismes d'adaptation des services aux besoins de certaines clientèles
3. Promotion, défense et protection des droits	Établir un protocole d'entente entre le Collectif de défense des droits et le Conseil régional
4. Définition des mécanismes d'accès	Planifier et concevoir un mécanisme d'accès, information, admission, coordination des services
La gestion des programmes	
Répartition des responsabilités entre les distributeurs	Déjà réalisé dans le cadres du plan régional
Gestion de la répartition des ressources	Déjà réalisé dans le cadre du plan régional
5. Implantation et coordination des programmes et des services	Voir à l'implantation et à la mise en oeuvre des nouveaux services et signer les contrats de services
6. Maintien de la personnes dans son milieu de vie	Réduire à 0 le nombre de personnes hébergées de façon prolongée en courte durée, réduire de moitié le nombre de lits de longue durée, offrir des services de réinsertion sociale aux personnes en pavillon, centre d'accueil ou famille d'accueil ou les relocaliser.
7. Support aux organismes communautaires	Établir l'équité entre les ressources communautaires et les ressources institutionnelles Consolider et soutenir les ressources existantes
8. Évaluation et suivi des services et des programmes	Développer et implanter avec les partenaires un protocole d'évaluation des programmes
9. Coordination des activités de formation	Mettre en oeuvre un programme de formation en fonction de priorités de développement, des besoins des intervenants et intervenantes et des besoins des clientèles
Contrôle et coordination du système d'organisation de services	
10. La gestion des structures participatives	Redéfinir les mandats et la composition des instances participatives
11. L'évaluation et le suivi du plan	Concevoir et implanter un système de suivi, informatisé, supportant le processus de prise de décision
12. Les relations avec le Ministère	Demander un budget de développement de 15 millions, en 1991, et de 10 millions par an jusqu'en 95.

L'implantation des programmes de la Phase I

En plus de la réalisation du plan régional d'organisation de services en santé mentale, le comité tripartite s'est penché sur l'approbation des budgets et des quatre programmes cadres de la «Phase I» de l'implantation de la Politique de santé mentale, à la demande du Ministère. Bien que cette démarche se soit réalisée parallèlement à la démarche de planification régionale, les programmes adoptés ont été considérés par le MSSS comme des annexes obligatoires du plan régional d'organisation de services.

Ce mandat a été ajouté en cours de route aux travaux du comité tripartite et a augmenté d'autant la tâche et les responsabilités des membres du comité tripartite et du conseil régional. Les membres du comité tripartite considéraient qu'il était prématuré de prendre des décisions au sujet de ces programmes alors que le plan régional n'était pas terminé. Pour eux, le plan régional aurait dû être finalisé avant de procéder à l'adoption de « programmes-cadres » et à la répartition de budgets de développement. Il s'est parfois avéré ardu d'harmoniser les orientations générales du plan et le contenu des quatre programmes.

L'appropriation du mandat et les enjeux de la négociation

Le tableau 13 présente les enjeux du plan d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie en fonction du mandat confié aux conseils régionaux dans la cadre de la Politique de santé mentale. On peut constater comment la Montérégie s'est approprié et a interprété le mandat qui lui a été confié par le Ministère. Afin de faciliter l'analyse de la contribution des différents partenaires à la réalisation du PROS, nous avons regroupé les enjeux de la planification régionale en cinq groupes. Ces catégories d'enjeux sont:

- La gestion du processus de planification
- L'analyse des besoins de la population
- La planification et la coordination régionale des services
- La répartition des responsabilités et des ressources
- La mise en oeuvre du plan régional et l'évaluation des services

Tableau 13: Les enjeux du PROS en santé mentale

Texte du mandat pour la planification dans La Politique de santé mentale	Les enjeux du plan d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie
La gestion du processus de planification	
Le Ministère confie aux conseils régionaux la responsabilité d'entreprendre une démarche de planification et d'en coordonner l'exécution, ils reçoivent donc le mandat:	2.2- Les structures de participation à la planification régionale 2.3- Objectif et sous-objectifs de la planification régionale
L'analyse des besoins de la population	
de cerner les besoins de la population de leur territoire, de déterminer les problèmes prioritaires et les actions à privilégier	3.2- Le but de l'ensemble de services 3.2- Les trois niveaux, les trois clientèles 3.3- Les trois problématiques, et les buts de l'intervention
de respecter les conditions exigées par la mise en place de la gamme essentielle de services, selon les priorités et les besoins de la population; ... de prévoir les services complémentaires, négocier les ententes interrégionales et interrégionales	3.4- Les besoins des clientèles particulières 3.5- Le répertoire des programmes et la typologie des services 3.5- Les indicateurs de besoins et les normes de services requis
La planification et la coordination régionale des services	
	5.1- Les trois sphères de responsabilités régionales et les 14 activités 5.2- Les orientations, les objectifs stratégiques et les recommandations concernant ces 14 activités
La répartition des responsabilités et des ressources	
de préciser les mandats des différents établissements et organismes concernés et les réorganisations à effectuer	5.3- «modèle d'organisation régionale des services» répartissant les responsabilités entre les catégories d'acteurs
et de prévoir la réallocation des ressources qui en découle	5.4- «modèle de répartition des ressources» entre les niveaux, les régions et les programmes 5.4- «modèle de priorisation des programmes» pour chacune des sous-régions
La mise en oeuvre du plan régional et l'évaluation des services	
De préparer un calendrier d'implantation et des mécanismes d'évaluation des résultats eu égard à l'accessibilité aux services et aux orientations de cette politique	6.- Plan de travail et échéancier pour chacune des 14 fonctions 4.- Portrait des ressources en santé mentale

Une première constatation émerge de la comparaison des enjeux de la planification régionale en Montérégie à l'énoncé du mandat confié aux conseils régionaux par le MSSS. Deux sections, soit les sections 5.1 et 5.2, ne correspondent explicitement à aucun des éléments du mandat énoncé par le MSSS. Dans les sections 5.1 et 5.2, le Conseil de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie (CSSSM) tentait de redéfinir sa propre position et se dotait d'une vision systémique de son rôle, des ses responsabilités et de celles de ses partenaires. Ces sections constituaient l'assise idéologique et stratégique du plan régional d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie. La section 5.1 plus particulièrement, portait sur la définition du système régional d'organisation de services, elle proposait une nouvelle définition de la santé mentale et clarifiait les activités qui devaient être réalisées et coordonnées régionalement en collaboration avec les comités tripartite régional et sous-régionaux. Ces sections étaient au cœur de la planification stratégique du PROS Montérégie et ont fait l'objet de débats intenses au sein des structures de participation au PROS. Alors que la définition d'un plan telle qu'énoncée par le MSSS, attribuait un rôle d'exécutants aux conseils régionaux, dans ces pages le CSSSM tentait de se doter d'une perspective plus stratégique de ses fonctions et responsabilités.

Une deuxième constatation nous amène à distinguer l'échange d'information, qui vise à documenter un problème, d'un échange « délibératif », inscrit dans un processus de négociation menant à une prise de décision collective. Certaines sections du plan, n'ont pas été retenues comme enjeux de la planification régionale, comme le chapitre un qui rappelait le mandat des conseils régionaux et résumait la Politique de santé mentale, et les sections 2.1 et 3.1 qui présentaient respectivement le contexte de la planification en Montérégie et le portrait démographique de la population. Ces sections du plan n'ont pas fait l'objet de délibérations au cours du processus de réalisation du plan puisqu'il s'agissait de recueillir et de transmettre des informations. Bien que ces informations aient été utiles, à divers titres, elles n'ont pas fait l'objet du processus de prise de décision comme tel.

En dernier lieu, on doit noter le statut particulier du chapitre quatre qui portait sur le portrait des ressources en Montérégie. Bien que ce chapitre n'ait pas fait l'objet de délibérations au comité tripartite, il a exigé la collaboration de tous les distributeurs de services en Montérégie. Ce recensement a été dirigé par la permanence du conseil régional, en collaboration avec les groupes de référence. Les données et le travail technique n'ont pas fait l'objet de délibérations au sein du comité tripartite, puisqu'il

s'agissait de recueillir et de traiter des informations, mais les données ainsi recueillies ont été utiles au processus de prise de décision. Si la production de données ne peut faire l'objet de débats, le choix des données utiles, leur mode de cueillette et la façon d'interpréter ces données peuvent avoir une influence déterminante sur les décisions qui seront prises par un groupe. C'est pourquoi nous avons retenu ce chapitre comme un enjeu de la planification régionale, bien qu'il se fut agi de cueillette et de transmission d'informations. Nous avons associé cet enjeu à l'évaluation de l'accessibilité des services, tel qu'exigé par la *Politique de santé mentale*. Il est à noter que cette tâche a été réalisée, et insérée au plan d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie, et non pas reportée à une phase ultérieure comme le suggérait le MSSS.

Après avoir cerné les enjeux du PROS en santé mentale de la Montérégie, nous allons analyser la contribution des différents groupes d'acteurs au processus de prise de décision relativement à ces enjeux afin d'appréhender la collégialité et la réciprocité du processus de participation. C'est en fonction des enjeux effectivement négociés dans le PROS en santé mentale de la Montérégie que nous procéderons à l'étude du déroulement des délibérations et à l'évaluation de la contribution des différentes structures de participation et des différents groupes d'acteurs.

Une vaste mobilisation sur des enjeux limités

Comme nous l'avons indiqué précédemment, en plus du comité tripartite, plusieurs structures de participation ont contribué à la réalisation du plan régional d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie. À chacune de ces structures correspondaient des modalités particulières de participation; ces diverses structures détenaient des mandats différents et se sont penchées sur des enjeux différents. Afin d'évaluer leur contribution au processus de prise de décision nous étudierons les mandats qui leur ont été octroyés, les modalités selon lesquelles leur participation s'est effectuée, les enjeux qui ont fait l'objet des travaux et des recommandations de ces structures et leur impact sur le contenu du PROS.

Il s'agit d'analyser le contenu des procès-verbaux et des documents déposés pour reconstruire le processus de délibération et le déroulement des négociations en fonction des enjeux négociés. Bien qu'il soit difficile de retracer l'histoire d'un processus essentiellement fondé sur la parole, l'analyse des documents qui ont été produits au cours du processus de réalisation du plan permet d'estimer la contribution des diverses

structures de participation et d'en tirer quelques conclusions sur la répartition du pouvoir entre les participants et participantes à la réalisation du PROS.

Le tableau 14 présente le calendrier des rencontres et le déroulement du processus de planification régionale en regard des enjeux de la délibération et de la contribution de chacune des structures de participation.

Dans la *Politique de santé mentale*, parue en janvier 1989, le Ministère demandait aux conseils régionaux de terminer les plans d'organisation de services pour avril 1990, ce qui leur donnait un peu plus d'une année. Le MSSS précisait qu'un conseil régional n'obtiendrait la responsabilité de gérer les services de santé mentale de son territoire qu'après l'approbation de son PROS par le Ministère; cette condition a incité les conseils régionaux à respecter ce délai et les a poussés à accélérer leur rythme de travail autant que faire se pouvait.

Dans le premier document de travail adopté par le comité tripartite en santé mentale de la Montérégie, lors de la première réunion tenue le 10 mai 1989, on prévoyait que le plan régional d'organisation de services devait être terminé au printemps 1990. Il devait être produit en trois phases, mettant successivement en scène les diverses structures de participation. Au cours d'une première phase, de mai à juin 1989, les groupes de référence devaient produire des « cadres de référence » pour chacun des trois niveaux d'intervention. Au cours de la seconde phase, devant se terminer en décembre 1989, à partir de ces cadres de référence les structures sous-régionales devaient rédiger des « programmations sous-régionales » précisant les responsabilités de chacun des établissements, l'organisation des services et l'allocation des ressources dans leur région. Finalement au cours d'une troisième phase, devant se terminer au printemps 1990, le comité tripartite devait rédiger une synthèse, et un plan d'implantation, de suivi et d'évaluation du plan régional d'organisation de services.

La complexité de la tâche, menée de surcroît en collaboration avec trois catégories de structures de participation impliquant plus d'une centaine de personnes, et exigeant la tenue d'une consultation élargie, tout autant que l'inexpérience du conseil régional pour mener à bien une telle tâche, ont fait en sorte que les délais impartis par le MSSS ont largement été dépassés en Montérégie, comme dans la plupart des régions du Québec.

Tableau 14: Calendrier des réunions des structures de participation au PROS en santé mentale

Dates	GR*	tripartite régional	tripartite sous régions	PRINCIPAUX ENJEUX DES DÉLIBÉRATIONS RELATIVEMENT AU PROS-SM EN MONTÉRÉGIE
1989				APPROPRIATION DU MANDAT ET STRUCTURATION DES TRAVAUX
mai		1ère		• Échéancier et méthodologie de travail
	12X			• Définition des problématiques, objectif global, objectifs d'intervention, stratégiques et répertoire de programmes
août		2è		• Objectif global et objectifs d'intervention, stratégiques et répertoire des programmes
oct	6X			• Validation des problématiques et préparation de l'inventaire des services
déc		3è		• Plan de travail et composition des comités sous-régionaux
janv 90		4è		• Composition des comités tripartites sous-régionaux
mars		5è		• Formation d'un sous-comité sur la consultation élargie
1990				ÉLABORATION DU PLAN ET PRÉPARATION DE LA CONSULTATION
avril		6è		• Définition des problématiques et des clientèles-cibles
avril		7è		• Nomenclature des programmes et normes de ressources
mai		8è		• Valeurs de base du plan régional d'organisation de services • Identification des distributeurs de services
mai		9è		• Identification des distributeurs de services (suite)
mai			9X	• Révision des objectifs et des recommandations
juin		10e		• Modèle d'organisation et de distribution des services • Préparation de la consultation sous forme d'enquêtes
sept		11è		• Orientations • Critères de répartition de budgets de développement • Préparation de la consultation sous forme d'audiences publiques
	2X			• Consultation sur le projet de plan: orientations, objectifs et recommandations
oct			9X	• Priorisation des programmes et identification des distributeurs
nov		12e		• Préparation des audiences publiques • Principe de réallocation des ressources • Recommandations du PROS
1991				CONSULTATION ÉLARGIE ET ADOPTION DU PLAN
déc 89				• Tenue des audiences publiques
janv91		13e		• Modifications apportées au plan suite aux consultations
janv		14e		• Clarification des rôles respectifs des distributeurs
janv		15e		• Révision de la répartition des responsabilités pour chacun des programmes • Adoption des chapitres cinq et six
mars				• Adoption par le CA du Conseil régional et transmission au MSSS

* GR: groupes de référence

La réalisation du PROS en Montérégie, en collaboration avec les différentes structures de participation, a finalement requis deux années de travail et nécessité de constants ajustements au contenu de la tâche, aux méthodes de travail et à l'échéancier révisé à plus d'une reprise. Comme pour plusieurs autres régions au Québec, c'était la première fois que le Conseil régional de la Montérégie se lançait dans une opération d'une telle envergure. Si une planification du travail a été adoptée dès le départ, le Conseil disposait de peu d'expérience tant du point de vue de la méthode de travail que de celui des processus de participation pour diriger un tel projet. Tous les partenaires ont dû apprendre et ont dû s'ajuster à leur mandat respectif tout au long de l'élaboration du plan.

L'analyse du déroulement réel des travaux permet d'identifier trois étapes principales, telles que présentées au tableau 14. Au cours de la première étape, le Conseil régional et le comité tripartite se sont appropriés le mandat et ont structuré les travaux tant au niveau de la méthode, que des instances de participation. La seconde étape a correspondu à la rédaction du plan: l'évaluation des besoins, l'inventaires des ressources, l'énonciation des orientations et des recommandations ont été réalisés pendant cette période, qui s'est déroulée principalement au cours de l'année 1990. C'est au cours de cette même période qu'a été planifiée la consultation élargie. Quant à la troisième étape, qui s'est déroulée de décembre 1990 au mois de mars 1991, elle a été dominée par la consultation et l'adoption du plan. C'est au cours de cette dernière étape que l'on a procédé à la tenue de la consultation, à l'ajustement du plan suite à cette consultation, à la rédaction du plan d'action et à l'adoption finale du plan d'organisation de services. Cette troisième étape a mobilisé de nombreuses personnes et de nombreux comités. C'était essentiellement une étape de validation du plan, qui a précédé son adoption par le comité tripartite et par le conseil d'administration du Conseil régional avant la transmission au MSSS.

Nous allons maintenant nous pencher sur l'analyse des modalités de participation et la contribution des différentes structures de participation qui ont collaboré avec le comité tripartite et le conseil régional à la réalisation du plan d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie.

Les groupes de référence

Comme nous l'avons déjà mentionné, six groupes de référence ont été mis sur pied. Cinq des six groupes de référence se sont penchés sur les trois «niveaux

d'intervention»: soit un premier groupe pour la promotion et la prévention, un second pour l'intervention de crise et de première ligne, et trois autres groupes au niveau de services spécialisés, soit un pour les jeunes de 0 à 17 ans, un pour les adultes de 18 à 65 ans et un pour les personnes âgées de 65 ans ou plus. Quant au sixième groupe, il a été constitué pour dégager une vision globale de l'ensemble du système d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie. Les membres des groupes de référence ont été recrutés par le conseil régional, étant connus pour leur expertise auprès des clientèles concernées ou pour leur connaissance de l'organisation de l'ensemble des services sur le territoire de la Montérégie. Ces six groupes étaient composés chacun de quatre à six personnes.

Lors de sa première réunion en mai 1989, le comité tripartite adoptait un document précisant le mandat des groupes de référence (voir tableau 15): ils devaient réaliser des « cadres de référence », au cours de la première phase du plan, devant se terminer à la fin du mois de juin 1989. Ces cadres de référence devaient comporter explicitement trois éléments, soit: « la définition de la problématique, l'analyse des besoins de la clientèle et l'identification des orientations régionales » pour chacun des trois niveaux d'intervention. Le groupe de référence sur le système de distribution des services quant à lui se voyait confier des responsabilités particulières concernant la définition des critères de répartition des ressources et l'organisation des services. Des précisions quant aux responsabilités du conseil régional, concernant la mise sur pied d'un système d'information, la cueillette et le traitement des données requises par les groupes de référence, pour produire les « cadres de référence », étaient également formulées dans le document adopté et présentées au tableau 15.

Comme on peut le constater au tableau 15 les groupes de référence se sont vu attribuer des responsabilités importantes particulièrement en matière d'analyse des besoins de la population; leur contribution était également attendue en matière d'organisation des services et de répartition des ressources. Les groupes de référence étaient considérés comme des ressources expertes, préparant les documents et traitant les informations devant présider aux délibérations au sein des comités sous-régionaux et du comité tripartite régional. C'est sur eux que reposait la conception et les premières formulations des divers éléments du plan régional. Le conseil régional agissait en soutien des groupes de référence en produisant et en traitant les informations requises.

Tableau 15: Mandat initial des groupes de référence

ENJEUX	RESPONSABILITÉS
Les cinq groupes de référence-clientèles	
<ul style="list-style-type: none"> • Définition de la problématique, pour chacune des clientèles • Identification des indicateurs de besoins • Choix des indicateurs de besoins • Priorisation des besoins • Nomenclature des programmes • Objectifs d'intervention • Modalités d'organisation des services • Normes de répartition des services 	<p>« la définition de la problématique doit spécifier la nature du ou des problèmes envisagés, et les caractéristiques de la ou des clientèles cibles concernées par la problématique »</p> <p>« L'analyse de besoins de la clientèle doit s'appuyer sur l'évaluation de l'état de santé mentale de cette clientèle. On devra mieux connaître les déterminants de la santé mentale [...] la santé mentale d'une clientèle et les indicateurs de santé mentale de cette population»</p> <p>« Le rôle du groupe de référence consiste à choisir les différents indicateurs selon leur pertinence »</p> <p>« Le groupe de référence devra ensuite procéder à l'analyse des données disponibles, identifier les problèmes prioritaires et les besoins à combler. » « A partir de l'évaluation des besoins prioritaires de la clientèle, des objectifs d'intervention devront être identifiés. Les types de services à offrir, les modalités d'organisation et les normes de répartition des services devront être prévus. »</p>
Le groupe sur le système de distribution des services	
<ul style="list-style-type: none"> • Inventaire et analyse des ressources • Modèle de répartition des ressources entre les régions et les programmes • L'organisation des services 	<p>« L'analyse des ressources actuelles de services »</p> <p>« Cet inventaire de ressources devra permettre de déterminer des critères de répartition inter-régionales de budgets de développement. Ce groupe devra également travailler sur des critères de répartition inter-programmes des ressources. »</p> <p>À partir des travaux des divers groupes de référence, « déterminer l'organisation souhaitée des services ».</p>
Le Conseil régional	
<ul style="list-style-type: none"> • Mise sur pied d'un système informatisé pour produire les portraits • Production des inventaires des ressources et de leur répartition (pour le groupe sur l'organisation des services) • Production et traitement des données pour les portraits de besoins et de ressources 	<p>«procédera à la mise sur pied d'un système d'information par secteurs psychiatriques en fonction des indicateurs retenus. »</p> <p>« L'inventaire des ressources, des programmes, ainsi que de la répartition financière de ces ressources seront effectuées par le Conseil régional qui soumettra ces données brutes au groupe de référence »</p> <p>« Le Conseil régional est responsable de fournir les données nécessaires à l'accomplissement de ces tâches » il se charge également de« traiter les données disponibles selon les demandes spécifiques des sous-groupes » et de « supporter méthodologiquement les groupes de référence »</p>

La contribution des groupes de référence

Dans les faits les choses se sont passées autrement et bien que l'engagement des groupes de référence ait orienté le contenu du plan dès le départ, leur contribution a été moins importante que celle attendue dans le cadre de la formulation initiale de leur mandat.

Quatre séries de rencontres des groupes de référence ont eu lieu, soit deux premières séries, au cours de la première phase du processus de réalisation du PROS, en mai et juin 1989, une troisième série en octobre 1989 et une dernière et quatrième série, beaucoup plus tard, soit les 10 et 11 septembre 1990. Alors que pour les trois premières séries de rencontres les six groupes ont été rencontrés séparément, ce qui a généré 18 réunions, la dernière série a réuni les membres des six groupes lors de deux rencontres. Sauf pour le groupe de référence en promotion-prévention, les réunions étaient convoquées et animées par la conseillère du CSSSM, responsable de la rédaction du plan. Le déroulement des rencontres était plutôt informel puisqu'il s'agissait de petits groupes de travail composés de quatre à six personnes.

Tableau 16: Calendrier des rencontres des groupes de référence

juin-août 1989	12X	<ul style="list-style-type: none"> • Proposition de la définition canadienne de la santé mentale • Formulation d'un objectif général, d'objectifs d'intervention, d'objectifs stratégiques pour chacun des niveaux de services • Identification du répertoire des programmes et des services
octobre 1989	6X	<ul style="list-style-type: none"> • Information sur l'état des travaux et sur la mise sur pied des tables sous-régionales, consultation sur le modèle d'allocation des ressources et la préparation d'un questionnaire visant à effectuer le bilan des services disponibles et des services utilisés.
10-11 sept 1990	2X	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation sur le projet de plan qui sera soumis en consultation élargie et plus particulièrement sur les orientations, les objectifs stratégiques et les recommandations.

Dans le plan régional d'organisation de services on soulignait la participation des groupes de référence en précisant qu'«ils ont contribué à définir les problématiques, les objectifs de services et les programmes requis et ont collaboré à la préparation de l'inventaire des ressources en santé mentale, au cours de la première phase de réalisation du plan» (PROS en santé mentale, p.16). Leur contribution en tant que groupes d'experts est rappelée un peu plus loin pour «l'identification d'un répertoire

de programmes en santé mentale devant répondre aux besoins des personnes » (PROS, p. 64). Cette contribution est conforme au mandat qui leur a été confié dans le premier document de travail adopté par le comité tripartite, mais n'en reflète cependant qu'une partie, soit celle relative à l'évaluation des besoins de la population et au recensement des services.

Pour comprendre la contribution réelle des groupes de référence, on ne dispose que de très peu de documents. Il n'est fait que très rarement mention des groupes de référence dans les procès-verbaux du comité tripartite. Exception faite du groupe de référence en promotion et prévention, qui a joui d'un statut particulier sur lequel nous reviendrons plus loin, les groupes de référence ne sont mentionnés qu'à trois occasions soit lors des deux premières réunions du comité tripartite. Concernant les réunions elles-mêmes des groupes de référence, très peu de documents ont été conservés et cette source d'information est bien mince: aucun procès-verbal n'a été rédigé formellement suite aux réunions; aucun document n'a été conservé concernant les deux premières séries de rencontres, cependant les avis de convocation ainsi que les documents expédiés ou déposés lors des troisième et quatrième séries de rencontres ont été conservés.

Lors de la première réunion du comité tripartite, en mai 1989, non seulement le comité tripartite a exprimé son accord avec le mandat confié aux groupes de référence, mais les membres du comité tripartite ont en outre été invités à participer aux groupes de référence. C'est ainsi que cinq membres du comité tripartite se sont joints aux travaux de quatre des six groupes. Cette participation a facilité la coordination des travaux, entre les groupes de référence et le comité tripartite. Elle a par ailleurs modifié les rapports de force entre les membres du comité tripartite, en consolidant la position des personnes ainsi engagées au sein des deux structures de participation. Ces membres se sont faits les promoteurs des intérêts, avis et opinions des groupes de référence auxquels ils participaient, tout en jouissant d'un statut particulier au sein du comité tripartite.

La principale contribution des groupes de référence est issue des deux premières séries de rencontres, tenues entre le mois de mai et le mois d'août 1989. On peut en estimer l'ampleur à partir du « rapport d'étape » déposé au comité tripartite, lors de la seconde réunion, tenue le 31 août 1989 ». Produit à partir de « deux consultations auprès de six groupes d'experts » le premier « rapport d'étape » comprend « la définition de la problématique [...] le répertoire de programmes et des services et l'inventaire des services en Montérégie à partir d'un recensement fait en mai 1988 ». Six documents extraits du rapport d'étape préparé en collaboration avec les groupes de référence ont été

soumis pour discussion et approbation par le comité tripartite. Un premier document présentait « l'objectif général » et les « objectifs stratégiques » pour l'ensemble du « système de distribution de services » en Montérégie. Les cinq autres énonçaient les « objectifs d'intervention, les objectifs stratégiques » et les « programmes requis » pour chacun des niveaux d'intervention.

Bien que modifiés à plusieurs reprises tout au long du processus de réalisation du plan, les documents produits à cette étape constituent les assises du plan. Les propositions des groupes de référence ont été retenues en grande part dans le PROS. L'objectif général et les objectifs d'intervention seront améliorés par le comité tripartite en août 1989, et retenus dans le plan. Les objectifs stratégiques, initialement formulés pour les divers niveaux d'intervention et retenus par le comité tripartite également en août 1989, sous réserve de modifications mineures, seront soumis à une consultation des tables sous-régionales en juin 1990, et intégrés à la section (5.2) du plan parmi les orientations, les objectifs stratégiques et les recommandations, dans un format considérablement remanié (regroupant les objectifs stratégiques en 3 sphères de responsabilités), en novembre 1990. Quant au répertoire des programmes, le nombre proposé à cette étape s'élevait à 21, pour les deuxième et troisième niveaux d'intervention, alors que le plan final en a retenu dix de plus, soit 31, à la demande du comité tripartite. Au niveau de la promotion et de la prévention, alors que neuf programmes étaient suggérés par le groupe de référence et adoptés par le comité tripartite en août 89, aucun programme ne sera retenu dans le plan final, à la demande du groupe de référence sur la promotion et la prévention en santé mentale.

La troisième série de rencontres des groupes de référence a eu lieu au mois d'octobre 1989. Aucune mention n'est faite de ces rencontres dans le procès-verbal suivant du comité tripartite ou dans les documents déposés. Pour retracer le contenu de ces réunions, il faut se tourner vers les quelques documents conservés aux dossiers sur les groupes de référence. Le projet d'ordre du jour ainsi que les documents déposés indiquent que les groupes de référence après avoir été informés de l'état des travaux ont été consultés sur le « modèle d'allocation des ressources » et sur la préparation du questionnaire servant à effectuer le portrait des services disponibles et des services offerts. Finalement ils ont été informés de la poursuite des travaux avec les comités tripartites sous-régionaux et sur la consultation élargie.

Une quatrième série de rencontres réunissait les membres de cinq des six groupes de référence les 10 et 11 septembre 1990, dans le cadre de 2 réunions. Le groupe de

référence en promotion-prévention travaillant de manière autonome et indépendante de la permanence du CSSSM n'a pas participé à cette rencontre. Seulement une douzaine de personnes étaient présentes. Les documents conservés relativement à ces deux rencontres font état d'une consultation sur le projet de plan, sur l'organisation des services et sur les recommandations et les orientations à privilégier. Leur contribution était mentionnée une dernière fois, dans un procès-verbal du comité tripartite régional, soit celui de la 12^e réunion tenue le 2 novembre 1990. On y signalait leur participation, en collaboration avec le comité tripartite régional et les comités tripartites sous-régionaux à la « définition des orientations, des objectifs et des recommandations du PROS ». L'influence des groupes de référence à cette étape de réalisation des travaux semble avoir été plutôt marginale, selon les notes conservées.

La contribution des groupes de référence s'est donc effectuée au début des travaux de réalisation du plan d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie. Les groupes de référence ont contribué de manière importante à l'analyse des besoins de la population, soit à la définition des diverses problématiques et à l'identification du répertoire de programmes (sections 3.2 et 3.3 du PROS). Ils ont également contribué à la planification et à la coordination régionale des services en formulant la plupart des objectifs stratégiques (section 5.2 du PROS). Ils ont de plus joué un rôle d'aviseurs pour la préparation du questionnaire servant à dresser le bilan des services, lors de la troisième série de rencontres (ch 4 du PROS). Sur le plan du choix des indicateurs de besoins, tel que prévu à leur mandat, ils n'ont eu pratiquement aucune contribution, ces tâches ayant été assumées par le CSSSM et le comité tripartite.

Le tableau 17 résume la contribution des groupes de référence à la réalisation du plan d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie, en fonction des enjeux du plan d'organisation de services et en regard du mandat qui leur avait été attribué.

La contribution des groupes de référence à la planification des services de santé mentale en Montérégie s'est limitée dans le temps à la période de rédaction du PROS, dans le cadre duquel était formulé leur mandat. Alors que les comités tripartites régional et sous-régionaux, qui avaient été mis sur pied en continuité avec les structures de concertation déjà existantes en Montérégie, ont vu leur mandat se prolonger au-delà de la période de réalisation du PROS en santé mentale.

Tableau 17: Contribution des groupes de référence

Enjeux du PROS de la Montérégie	Le mandat des groupes de référence	La contribution des groupes de référence
La gestion du processus de planification		
2.2- Les structures de participation à la planification 2.3- Objectif et sous-objectifs de la planification régionale		
L'analyse des besoins de la population		
3.2- But de l'ensemble de services 3.2- Niveaux, les clientèles 3.3- Problématiques, et les buts de l'intervention 3.4- Besoins des clientèles particulières 3.5- Répertoire des programmes, typologie des services 3.5- Indicateurs de besoins et les normes de services requis	Définition de la problématique, pour chacune des clientèles (3.3) Objectifs d'intervention (3.3) Identification des indicateurs de besoins (3.5) Choix des indicateurs de besoins (3.5) Nomenclature des programmes (3.5)	L'objectif général et les objectifs d'intervention seront retenus et améliorés par le comité tripartite. (3.2, 3.3) Le répertoire initial propose 21 programmes, pour les deuxième et troisième niveaux d'intervention. Le plan en comportera 31 à la demande du comité tripartite. (3.5) Au niveau de la promotion et de la prévention la section du plan pour ce niveau d'intervention est extraite du document rédigé par ce groupe de référence. Aucun programme ne sera formulé à la demande du groupe. (3.5)
La planification et la coordination régionale des services		
5.1- Les trois sphères de responsabilités régionales et les 14 activités régionales 5.2- Orientations, objectifs stratégiques et recommandations		Les objectifs stratégiques adoptés avec quelques modifications par le comité tripartite en août 89, seront soumis à une consultation des tables sous-régionales en juin 90, et intégrés à la section (5.2) du plan dans un format considérablement remanié déposé au comité tripartite en nov 90, les regroupant en 3 sphères de responsabilités (5.1) à l'initiative du CSSSM. Les groupes de référence ont été consultés en sept 90 sur les objectifs stratégiques, les orientations et les recommandations, et le projet de consultation élargie (5.2)
La répartition des responsabilités et des ressources		
5.3- «modèle d'organisation régionale des services» 5.4- «modèle de répartition des ressources» 5.4- «modèle de priorisation des programmes»	Modalités d'organisation des services(5.3) Normes et modèle de répartition des service et des ressources(5.4) Priorisation des besoins (5.4)	Les groupes ont été consultés sur le modèle d'allocation des ressources et sur l'organisation des services
La mise en oeuvre du plan régional et l'évaluation des services		
6.- Plan de travail et échéancier 4.- Portrait des ressources en santé mentale.	Inventaire et analyse des ressources (4)	Les groupes ont été consultés sur la préparation du questionnaire servant à effectuer le portrait des services offerts et des ressources disponibles.

Quant au groupe de référence en prévention et en promotion, il a joui d'une influence et d'un statut particulier. C'est au cours de la quatrième rencontre du comité tripartite que ce groupe obtenait un statut autonome. Arguant que la méthodologie adoptée pour réaliser le PROS en santé mentale de la Montérégie n'était pas adaptée aux particularités de ce niveau d'intervention, le représentant des DSC au comité tripartite demandait que la planification soit réalisée autrement par ce groupe, pour le niveau de la promotion et de la prévention en santé mentale. Le procès-verbal rapporte que cette personne

« fait part des travaux effectués par le groupe de travail en ce qui a trait au niveau d'intervention promotion et prévention. Il s'avère très laborieux pour les DSC de quantifier les ressources existantes en santé mentale et les services qui seront requis ne sont pas connus [...] un cadre de référence devra être développé afin de supporter les comités tripartites sous-régionaux dans leurs démarches. L'information recueillie par le groupe de travail sera transmise au Conseil régional. Il apparaît évident que l'opérationnalisation de ce programme n'est possible que dans le cadre de projets-pilote » (PV, p.5).

C'est lors de cette rencontre et par cette intervention que le groupe de référence sur la promotion et la prévention obtenait un statut autonome par rapport au CSSSM et que la méthodologie et la tâche étaient reformulées pour se distinguer des travaux des autres groupes. Cette redéfinition du niveau d'intervention en prévention et en promotion était le fruit de représentations effectuées auprès des dirigeants du conseil de la santé et des services sociaux, par les chefs de départements de santé communautaire de la Montérégie, qui souhaitaient contrôler les travaux en cours dans ce secteur d'activité.

Une seconde fois les travaux du groupe de référence en promotion-prévention sont mentionnés dans le procès-verbal de la 6^e réunion du comité tripartite tenue le 18 avril 1990, alors qu'un document de travail rédigé par deux employés de départements de santé communautaire, en collaboration avec le groupe de référence dont la composition a été révisée pour y adjoindre un membre de chacun des DSC de la Montérégie. Il y est écrit que « Les membres prennent connaissance de la proposition du groupe de travail promotion -prévention et sont d'avis que cette proposition s'appuie sur des stratégies efficaces et reflète bien la réalité ».

Bien que les travaux du groupe de référence en promotion et prévention aient porté sur les mêmes enjeux que pour les autres groupes, soit la définition d'objectifs d'intervention et d'objectifs stratégiques et la définition de la problématique pour

chacun des niveaux, les DSC et le groupe de référence en promotion-prévention ont assumé davantage le leadership et le contrôle des travaux réalisés pour ce niveau d'intervention. À la différence des autres niveaux d'intervention, ils ont rejeté la planification par programme dans ce secteur d'intervention et ont demandé de procéder à la réalisation de projets-pilotes. La section du plan régional d'organisation de services portant sur « La problématique au niveau de la promotion et de la prévention » soit la section 3.3.1, est extraite textuellement du document de travail proposé par ce groupe de référence.

Les comités tripartites sous-régionaux

La contribution des comités tripartites sous-régionaux est mieux documentée et a été plus visible que celle des groupes de référence. Les comités tripartites sous-régionaux ont fait l'objet de nombreuses mentions dans les procès-verbaux du comité tripartite régional ou dans les divers documents de travail qui lui ont été transmis. Bien qu'il n'y ait pas eu de procès-verbaux suite aux réunions des comités tripartites sous-régionaux, des rapports ont été rédigés et transmis au comité tripartite régional. Il est donc plus aisé d'évaluer leur contribution à partir des divers documents conservés que dans le cas des groupes de référence.

Les comités tripartites sous-régionaux ont suscité l'implication de nombreuses personnes qui a exigé une préparation et un soutien important de la part du conseil régional. Alors que les membres des groupes de référence agissaient plutôt comme des experts-conseil, les membres des comités tripartites sous-régionaux détenaient des pouvoirs décisionnels, bien que limités, dans le cadre de la réalisation du plan régional d'organisation de services. Sous l'autorité du comité tripartite avec lequel ils entretenaient des liens formels et hiérarchisés, ils ont assumé des responsabilités en matière de priorisation des besoins et d'organisation des services dans leur région.

La décision de mettre sur pied des comités sous-régionaux fut prise dès la première réunion du comité tripartite suite à une recommandation du Conseil régional de la Montérégie afin d'assurer une certaine continuité avec les tables de concertation sous-régionales en santé mentale qui existaient déjà depuis quelques années comme nous l'avons mentionné dans un chapitre précédent. L'implantation de comités tripartites sous-régionaux dépassait les exigences de la *Politique de santé mentale* qui demandait la formation d'un seul comité tripartite régional (sauf pour Montréal). La formulation du mandat ainsi que la composition des comités tripartites sous-régionaux ont fait l'objet

de discussions à plus d'une reprise, au comité tripartite régional et leur mise sur pied a exigé la tenue de plusieurs réunions préparatoires avec différents partenaires des sous-régions. La période préparatoire s'est étendue sur près d'une année. Dans le cadre de la réalisation du plan, les comités tripartites sous-régionaux se sont réunis à deux reprises et les résultats de leurs travaux ont été transmis pour adoption par le comité tripartite. Le tableau 18 présente le calendrier et la synthèse des rencontres préparatoires et des deux séries de rencontres de travail des comités tripartites sous-régionaux.

Tableau 18: Calendrier des travaux en sous-régions

13 sept 1989	1ère réunion préparatoire avec les responsables des "tables sous-régionales" <ul style="list-style-type: none"> • afin de discuter du rôle qu'elles seront appelées à jouer
22 nov	2è réunion préparatoire avec les responsables des "tables sous-régionales" <ul style="list-style-type: none"> • afin de les informer sur le PROS et les modalités d'implantation des structures sous-régionales
9 fév au 7 mars 1990	Neuf assemblées sous-régionales dans neuf sous-régions (total 97 participants) <ul style="list-style-type: none"> • Information sur le portrait de la Montérégie, sur les étapes de réalisation du PROS et sur le mandat des comités tripartites sous-régionaux • Nomination des membres des 1er et 2è tiers et cooptation du 3è
2-5 avril 2 séances de formation	Deux séances de formation pour les membres du 3è tiers sur la Politique de santé mentale <ul style="list-style-type: none"> • Information sur le portrait de la Montérégie et les travaux réalisés au comité tripartite régional
30 avril au 17 mai 1 ère série de 9 rencontres	<u>1ère tournée</u> <ul style="list-style-type: none"> • Présentation du projet de plan adopté les 18 et 19 avril par le comité tripartite • Discussion et révision des " objectifs et des recommandations "
du 10 oct au 1nov 2è série de 9 rencontres	<u>2è tournée</u> <ul style="list-style-type: none"> • Priorisation des programmes • Identification des distributeurs de services pour chacune des régions en conformité avec le " modèle de répartition des responsabilités " réalisé par le comité tripartite

La définition du mandat et de la composition des comités tripartites sous-régionaux a fait l'objet de discussions à plus d'une reprise au comité tripartite en santé mentale entre le mois de mai 1989 et le mois de décembre de la même année. La mise sur pied de ces comités, la désignation des membres et leur formation, la convocation et la préparation de la première série de rencontres s'est déroulée également sur plusieurs mois. D'une part les enjeux politiques entre les différentes catégories d'acteurs par rapport au mandat et à la composition des comités sous-régionaux et d'autre part la lourdeur de la tâche pour procéder aux nominations et à la convocation des membres des comités sous-régionaux, ont fait en sorte que les premières réunions n'ont eu lieu qu'en mai 1990,

soit plusieurs mois après les dates prévues à l'échéancier initialement adopté en mai 1989.

Le document de travail, déposé et approuvé par le comité tripartite le 10 mai 1989, précisait une contribution importante attendue des sous-régions au processus de réalisation du plan. C'est au cours de la deuxième phase des travaux que chacune des sous-régions devait préparer « des programmations sous-régionales » en respectant les cadres de références et les orientations régionales préparées par les groupes de référence et devant être adoptés par le comité tripartite régional au cours de la première phase des travaux.

« Dans une seconde phase, de septembre à mai 1989, des programmations sous-régionales seront réalisées en collaboration avec les partenaires sous-régionaux. Ces programmations devront préciser les responsabilités de chacun des établissements et organismes concernés, l'organisation des services et l'allocation des ressources. Des modalités d'évaluation des programmes devront être déterminées » (10 mai 1989, document 3, p.5).

C'est d'une synthèse des travaux des sous-régions, que devait émerger la version de consultation du PROS avant son adoption par le comité tripartite, le conseil d'administration du conseil régional.

En août 1989, la composition des comités sous-régionaux n'avait pas encore été déterminée; cette question a fait l'objet de nombreuses discussions, tant avec les membres du comité tripartite régional, qu'avec les représentants des tables sous-régionales qui souhaitaient contribuer à la rédaction du plan d'organisation de services. Une lettre adressée au conseil régional par la table de concertation de la sous-région de Longueuil demandait que son statut soit précisé le plus tôt possible. Devait-elle poursuivre ses travaux et collaborer à la rédaction du plan, ou serait-elle dissoute?

« Une réponse de votre part d'ici la fin août nous apparaît essentielle afin que nous puissions nous orienter dans la direction la plus pertinente, sans mobiliser inutilement le temps des personnes qui s'impliquent depuis longtemps dans la table de concertation » (Correspondance de la table de concertation en santé mentale de la sous-région de Longueuil, juillet 1989)..

Au mois d'août 1989, lors de la seconde réunion du comité tripartite, les responsabilités des structures sous-régionales étaient définies un peu plus clairement sans que leur composition ne soit davantage précisée. Dans le *Rapport d'étape* déposé au comité tripartite lors de sa deuxième réunion, on faisait état de deux types de structures sous-régionales, soit des groupes de référence et des comités tripartites sous-régionaux. Les

groupes de référence « qui devraient permettre au cours de la première phase de valider, mettre à jour et fournir certaines informations concernant les besoins des clientèles et le bilan des ressources de chacune des sous-régions » (Rapport d'étape, août 89, p. 9) devaient collaborer à l'analyse des besoins et au bilan des ressources en sous-régions:

« Cette analyse sera faite avec les sous-régions. Des comités régionaux et un comité central seront formés. Les données et orientations leur seront transmises afin de procéder à une analyse des besoins des populations dans le but d'obtenir un portrait de l'ensemble des sous-régions ainsi que des priorités sous-régionales, sur tout le territoire » (PV, p.6).

Cette analyse des besoins en collaboration avec des groupes de référence régionaux ne sera jamais réalisée. Il était également prévu de mettre sur pied des comités tripartites sous-régionaux responsables de réaliser des « plans sous-régionaux »:

« Les plans d'organisation de services sous-régionaux devront énoncer les problématiques prioritaires, l'organisation des services, les responsabilités des différents organismes et établissements et la répartition des ressources en fonction des besoins des clientèles » (Rapport d'étape, p.6).

Cette deuxième phase des travaux, initialement prévue pour l'automne, qui consistait à rédiger des « plans sous-régionaux de services », était reportée à l'hiver, soit de janvier 1990 à avril 1990. On suggérait que cette phase permette aux partenaires sous-régionaux « de déterminer les responsabilités respectives et les stratégies sous-régionales ». On affirmait que « plusieurs organismes ou intervenants recommandent la mise en place de comités tripartites sous-régionaux » (Rapport d'étape, p.9) et sans aller plus loin dans la composition des comités sous-régionaux, on abordait ainsi, pour la première fois, l'idée de former dans chacune des sous-régions de la Montérégie, des comités tripartites à l'image du comité régional.

Comme nous l'avons signalé un peu plus haut, le remplacement des tables sous-régionales par des comités tripartites sous-régionaux n'est pas sans créer certains remous. Afin de discuter du mandat et surtout de la composition et des modalités de participation sous-régionales deux réunions d'information réunissant les représentants et les représentantes des tables sous-régionales, qui fonctionnaient déjà depuis quelques années ont été convoquées et se sont tenues en septembre et en novembre 1989. Les participants et participantes étaient alors informés des travaux en cours, ils ont été interpellés pour la phase d'analyse des besoins et ils se sont prononcés en faveur de la mise sur pied de comités tripartites sous-régionaux. Ils ont discuté également des

modalités de nomination et de mise en place de ces comités. Leur proposition a été acheminée et adoptée par le comité tripartite en décembre 1989.

Les discussions sur le mandat et la composition des comités tripartites sous-régionaux se sont poursuivies pendant les deux rencontres subséquentes du comité tripartite régional, soit celle du 14 décembre 1989 et celle du 23 janvier 1990. Au cours de ces rencontres, l'attention des membres a été détournée considérablement de la rédaction du plan d'organisations de services, au profit des travaux de la « Phase 1 » d'implantation de la Politique de santé mentale. Le temps consacré, au cours de ces rencontres à la réalisation du plan régional a toutefois été dominé par les enjeux liés au rôle et à la composition des comités tripartites sous-régionaux comme le montrait le tableau 14.

Le 14 décembre 1989 le comité tripartite adoptait un document concernant le plan de travail et la composition des comités tripartites sous-régionaux. Les comités tripartites sous-régionaux devaient assister le comité régional en proposant des plans sous-régionaux de services. On prévoyait alors que ces comités soient composés de neuf personnes.

Leur mandat consistait à:

« Approuver les portraits de clientèle et les bilans sous-régionaux de services

Déterminer les orientations et les modalités d'organisation sous-régionales des programmes en conformité avec les orientations du plan d'organisation sous-régional

Identifier les organismes ou établissements qui seront responsables de mettre en place et d'offrir les différents programmes

Identifier les priorités sous-régionales de développement

Transmettre toute recommandation pertinente au plan d'organisation de services en santé mentale au comité tripartite régional

Recommander la répartition des ressources physiques, humaines et financières entre les programmes »

Le nombre de membres était fixé à neuf personnes pour chacun des comités tripartites sous-régionaux. Il était également prévu qu'au cours d'assemblées générales, des représentants et représentantes de tous les organismes et établissements d'une région, procéderaient à l'élection des membres des premiers et deuxième tiers et que les personnes élues coopéreraient les membres du troisième tiers.

Le mandat et la composition des comités tripartites sous-régionaux ont été traités encore une fois, lors de la quatrième réunion du comité tripartite, tenue le 23 janvier 1990. Parmi les documents déposés lors de cette réunion, afin d'informer les membres de l'état des travaux, un document leur a été transmis concernant le « modèle de priorisation pour l'allocation des ressources ». Le recensement effectué des clientèles et des ressources, tant actuelles que requises en fonction de normes de services serait transmis aux sous-régions. En conformité avec ce document, on indiquait au procès-verbal que les comités tripartites sous-régionaux devaient « déterminer les mandats des établissements de leur région, indiquer les réaménagements à effectuer et classer par ordre d'importance les programmes déficitaires exigeant un ajout budgétaire » (PV, p.5) . En plus d'exécuter ces tâches, il est mentionné au procès-verbal, à la demande des membres, que les comités tripartites sous-régionaux « devront se pencher sur le rôle des ressources de façon qualitative, les objectifs du CSSSM et les moyens pour atteindre ces objectifs » (PV, p.5) . Le document de travail déposé ajoutait que les recommandations des comités tripartites ainsi « que le mode d'organisation sous-régional de services seront transmises au comité tripartite régional pour analyse et synthèse afin de déterminer les priorités régionales de réaménagement et de développement des services ».

Toujours lors de cette réunion, on informait les membres du comité tripartite qu'une première assemblée générale dans chacune des sous-régions, aurait lieu dans le courant du mois de février afin comme convenu de procéder à l'élection ou à la cooptation des membres. Ils sont informés que le CSSSM a retenu neuf territoires de concertation sous-régionale, en conformité avec le projet de réorganisation des structures de concertation pour toutes les clientèles. Après la tenue des assemblées électorales, il était entendu qu'« En avril 1990, le Conseil régional doit rencontrer les neuf comités tripartites sous-régionaux pour discuter des objectifs et des priorités. Une rencontre est également prévue en juin traitant de l'organisation des services des neuf sous-régions » (PV, p.6).

C'est à la demande des membres du comité tripartite qu'un point a été ajouté à l'ordre du jour de cette réunion afin de réviser la composition des comités tripartites sous-régionaux. Deux résolutions ont été adoptées à cet effet, la première portant le nombre de membres de neuf à quinze, afin de mieux représenter la diversité des services; la seconde précisant la composition du premier tiers soit 1 CLSC, 1 CAH, 1CH, 1CSS, 1DSC.

La mise sur pied des comités tripartites sous-régionaux a exigé des efforts importants. Les résultats des assemblées générales sous-régionales ont été présentés aux membres du comité tripartite en mars 1990: dans les neuf sous-régions quatre-vingt sept personnes avaient été rencontrées dans le cadre de ces assemblées, entre le 9 février et le 7 mars. Elles avaient été informées des travaux en cours relativement à la réalisation du plan régional aux étapes de réalisation du plan, aux mandats des comités tripartites régional et sous-régionaux et elles avaient procédé comme convenu à la désignation des membres des comités tripartites sous-régionaux. Le procès-verbal rapporte que « dans l'ensemble, les rencontres se sont bien déroulées. Les objectifs ont été atteints. Il existe une volonté de travailler ensemble. Le peu de temps accordé pour la réalisation de la tâche semble être un facteur d'anxiété présent dans plusieurs sous-régions » (PV p.21). En outre les membres des comités sous-régionaux ont exprimé le souhait de recevoir la documentation plus tôt avant les rencontres.

C'est dans le cadre de cette 5^e réunion du comité tripartite, qu'a été abordée pour la première fois la question de la prolongation du mandat des comités tripartites régional et sous-régionaux après la réalisation du plan régional en santé mentale. Pendant que se déroulaient les travaux de rédaction du PROS en santé mentale, le conseil régional amorçait la réorganisation de toutes ses structures de participation. C'est pourquoi il consultait le comité tripartite en santé mentale et proposait de créer des tables sous-régionales pour toutes les clientèles et de soumettre les comités tripartites sous-régionaux en santé mentale à l'autorité de ces tables multiclientèles. Cette proposition a été rejetée par le comité tripartite régional qui désirait que les comités tripartites sous-régionaux en santé mentale deviennent des structures permanentes qui lui soient rattachées directement.

Entre le 7 mars et le début d'avril 1990, les personnes désignées pour le troisième tiers lors des premières assemblées électorales ont été contactées afin de vérifier si elles acceptaient de participer au comité tripartite de leur région dans le cadre de la réalisation du PROS en santé mentale de la Montérégie. Elles ont ensuite été convoquées pour des séances d'information tenues les 2 et 5 avril 1990.

Au cours du mois d'avril et du mois mai, le comité tripartite a tenu un nombre élevé de réunions, soit quatre en seulement deux mois. Ces rencontres ont permis de préparer le « cadre de référence régional » devant être transmis aux sous-régions. Une nouvelle version du projet de plan était déposée le 18 avril 1990 et rappelait encore une fois le mandat de comités tripartites sous-régionaux:

« lors de la deuxième phase, [...] des comités tripartites sous-régionaux ont été implantés. Leur mandat consiste à valider des objectifs régionaux, à proposer des moyens pour opérationnaliser ces objectifs, à prioriser les problématiques sous-régionales et à proposer un modèle d'organisation de services en identifiant les responsabilités des différents organismes et établissements » (p. 18).

Tout au long de la première année des travaux du comité tripartite régional, la contribution attendue des comités tripartites sous-régionaux a fait l'objet de nombreuses discussions et a subi des ajustements successifs, au fur et à mesure que les travaux de réalisation du plan d'organisation de services évoluaient tant sur le plan de la forme que du contenu. L'évolution du mandat de comités tripartites sous-régionaux est présentée au tableau 18. Finalement les responsabilités confiées aux comités sous-régionaux sont limitées à la validation des données dans la cadre de la production du portrait des services (4), à la répartition des responsabilités (5.3), à la répartition des ressources (5.4) et à la priorisation des besoins (5.4) dans leur région respective, en tenant compte des orientations et des décisions régionales. Ils sont également interpellés pour valider les objectifs stratégiques (5.2) et suggérer des moyens de mise en oeuvre ces objectifs (6). Les enjeux pour lesquels ont été interpellés les comités tripartites sous-régionaux sont très limités par rapport au contenu de plan d'organisation de services. Dans les faits ils n'auront même pas le temps et l'opportunité de réaliser les activités prévues dans leur mandat au cours du processus de rédaction; certaines de ces responsabilités seront reportées à une date ultérieure.

Finalement les comités tripartites ne se réuniront qu'à deux reprises dans le courant du processus d'élaboration du plan et n'assumeront qu'une partie de leur mandat. La convocation des réunions, la préparation des outils de travail, l'animation, la rédaction des rapports des rencontres ont été entièrement assumées par le Conseil régional de la Montérégie.

Tableau 19: Mandat des comités tripartites sous-régionaux

Enjeux	• Évolution du mandat
mai 89	
Répartition des responsabilités (5.3) Répartition des ressources (5.4) Modalités d'évaluation (6)	Rédiger « des programmations sous-régionales qui devront préciser <ul style="list-style-type: none"> • les responsabilités de chacun des établissements et organismes concernés, l'organisation des services et • l'allocation des ressources. Des modalités d'évaluation des programmes devront être déterminées »
août 89	•
Priorisation des besoins (5.4) Répartition des responsabilités (5.3) Répartition des ressources (5.4)	« Les plans d'organisation de services sous-régionaux devront <ul style="list-style-type: none"> • énoncer les problématiques prioritaires, • l'organisation de services, les responsabilités des différents organismes ou établissements et • la répartition des ressources en fonction des besoins des clientèles. »(p.6)
décembre 89	
Portrait des ressources (4) Répartition des responsabilités (5.3) Priorisation des besoins (5.4) Répartition des ressources (5.4)	<ul style="list-style-type: none"> • « Approuver les portraits de clientèle et les bilans sous-régionaux de services • Déterminer les orientations et les modalités d'organisation sous-régionales des programmes en conformité avec les orientations du plan d'organisation sous-régional • Identifier les organismes ou établissements qui seront responsables de mettre en place et d'offrir les différents programmes • Identifier les priorités sous-régionales de développement • Transmettre toute recommandation pertinente au plan d'organisation de services en santé mentale au comité tripartite régional • Recommander la répartition des ressources physiques, humaines et financières entre les programmes. »
janvier 90	
Répartition des responsabilités (5.3) Priorisation des besoins (5.4) Objectifs, recommandations et plan d'action (5.2)	<ul style="list-style-type: none"> • « déterminer les mandats des établissements de leur région, indiquer les réaménagements à effectuer • et classer par ordre d'importance les programmes déficitaires exigeant un ajout budgétaire » (PV, p.5) . • « devront se pencher sur le rôle des ressources de façon qualitative, les objectifs du CSSSM et les moyens pour atteindre ces objectifs » (PV, p.5) .
avril 90	
Objectifs stratégiques (5.2) Objectifs opérationnels (6) Priorisation des besoins (5.4) Répartition des responsabilités (5.3)	<ul style="list-style-type: none"> • à valider des objectifs régionaux, • à proposer des moyens pour opérationnaliser ces objectifs, • à prioriser les problématiques sous-régionales et • à proposer une modèle d'organisation de services en identifiant les responsabilités des différents organismes et établissements » (p. 18).

La première tournée des comités tripartites régionaux s'est effectuée dans le courant du mois de mai 1990. Le projet d'ordre du jour annonçait les points suivants:

0. Adoption de l'ordre du jour
1. Présentation du plan d'organisation de services en santé mentale en Montérégie
2. Présentation et discussion des objectifs
3. Présentation du portrait sous-régional des ressources (document déposé sur place)
4. Clarification du mandat du comité tripartite sous-régional et poursuite des travaux.

Les participants et participantes ont donc eu l'opportunité de valider les données concernant le bilan des ressources. Ils ont également suggéré des modifications concernant les « objectifs d'intervention et les objectifs stratégiques » qui avaient été adoptés par le comité tripartite les 18 et 19 avril 1990.

Lors de la dixième réunion du comité tripartite tenue le 27 juin 1990, un rapport présentant les « propositions soumises par les comités tripartites sous-régionaux pour la révision des objectifs d'intervention et des objectifs stratégiques » des neuf sous-régions a été déposé et adopté à l'unanimité par les membres du comité tripartite régional. Les comités tripartites sous-régionaux ont transmis au total soixante-trois recommandations au comité tripartite régional concernant les trente-neuf objectifs qui leur avaient été soumis. La plupart des trente neuf objectifs ont été reformulés et leur nombre total est porté à quarante-trois, il s'agit dans la plupart des cas de clarifications ou de précisions apportées au texte. On mentionne dans le procès-verbal que l'objectif « qui a suscité le plus de commentaires en sous-régions concerne l'adaptation des services aux besoins particuliers des femmes. Sauf pour cet item, les propositions de reformulation des objectifs [...] intègrent les différentes recommandations sous-régionales ». Le comité tripartite a adopté les recommandations des comités sous-régionaux presque intégralement.

Lors des 10^e et 11^e réunions du comité tripartite tenues en juin et en septembre 1990, « le modèle d'organisation des services » et le « modèle d'allocation des ressources », devant permettre aux sous-régions d'exécuter le mandat qui leur avait été confié dans le cadre de la réalisation du plan, ont été adoptés. En juin 1990, le comité tripartite adoptait également une proposition concernant les responsabilités respectives

des comités tripartites régional et sous-régionaux et c'est alors qu'il était décidé que les comités sous-régionaux seraient maintenus après l'adoption du plan pour exercer « des fonctions de coordination des services, de priorisation des besoins et d'approbation des programmations préparées par un distributeur de services » et qu'on rappelait qu'il leur revenait « d'identifier quel distributeur particulier doit offrir quel programme spécifique » (document, p.5) En matière d'allocation des ressources, le comité tripartite décidait en septembre 1990 « que l'allocation entre les programmes soit faite en fonction des priorités identifiées par chacun des comités sous-régionaux lesquels devront réduire les écarts inter programmes dans leur sous-régions et respecter le modèle d'organisation des services en santé mentale ».

La seconde et dernière série de rencontres sollicitant la participation des comités tripartites sous-régionaux s'est effectuée en octobre 1990, soit six mois après la première série. Bien que « le but de cette rencontre est de discuter des priorités et de l'organisation des services » (avis de convocation, 19 septembre 1990) la plupart des comités n'auront le temps de discuter que de la priorisation des programmes et ne pourront pas aborder la question de l'organisation des services, c'est-à-dire de la répartition des responsabilités entre les distributeurs de services. La journée de travail a été consacrée dans la plupart des régions à la présentation du PROS et à la priorisation des programmes. Un questionnaire avait préalablement été transmis aux membres des comités tripartites sous-régionaux et les résultats de ces questionnaires, compilés sur place, ont servi à prioriser les différents programmes dans chacune des sous-régions. Le conseil régional proposait une méthode de travail pour réaliser cette tâche; dans plusieurs sous-régions la méthode elle-même a suscité des débats importants avant que les membres des comités acceptent de réaliser cette activité.

Le résultat de ces rencontres est rapporté au procès-verbal de la 12^e réunion du comité tripartite, tenue le 2 novembre 1990 en ces termes: « Les priorités de développement ont été identifiées par les sous-régions, via les comités tripartites sous-régionaux¹. L'organisation des services n'est pas finalisée. Le plan d'organisation des services en

¹ Les résultats de la deuxième série de rencontres ont été déposés au comité tripartite sous forme d'une grille précisant pour chacune des sous-régions l'ordre de priorité accordé aux programmes pour chacun de niveaux d'intervention. Ces résultats ont été intégrés tels quels au plan régional d'organisation de services.

santé mentale sera livré avec les recommandations proposées par le comité tripartite régional excluant l'organisation des services de chacune des sous-régions ». L'exercice sous-régional consistant à désigner nommément une organisation ou un établissement était ainsi reporté après l'adoption du plan et « l'organisation des services » dans chacune des sous-régions n'a donc pas été incluse dans le plan.

Les comités tripartites sous-régionaux ne se seront finalement réunis qu'à deux reprises. Leur contribution a été limitée à la validation des objectifs stratégiques et des recommandations et à la priorisation des programmes dans leur région respective. Malgré l'importance des efforts consacrés à la mise en places des comités tripartites sous-régionaux, ils n'ont pu contribuer que pour une part du mandat qui leur avait été assigné:

« Leur mandat consistait à valider les objectifs régionaux, à proposer des moyens pour opérationnaliser ces objectifs, à prioriser les problématiques sous-régionales et à proposer une application du modèle d'organisation de services en identifiant les responsabilités des différents organismes et établissements »(PROS, p.17). Ils ont dans les faits contribué à la formulation « des orientations, des objectifs stratégiques et des recommandations visant à corriger la situation actuelle » (PROS, p.111). Au niveau de la répartition des ressources les comités tripartites ont également contribué à identifier les programmes prioritaires pour chacun des niveaux d'intervention, dans leur région respective. (PROS, p.155)

La mise en place des comités tripartites sous-régionaux, la définition de leur composition et de leur mandat a non seulement exigé des efforts considérables, mais a fait l'objet de nombreuses délibérations tant au sein du comité tripartite, qu'à l'intérieur des autres instances décisionnelles du CSSSM et au sein des structures sous-régionales en santé mentale. Il est intéressant de noter que les délibérations au sein du comité tripartite ont porté davantage sur la définition du mandat et de la composition des comités tripartites sous-régionaux que sur leur réelle contribution à la rédaction du plan. Cette question, touchant la décentralisation du pouvoir du CSSSM et de ses structures de participation régionale vers les régions, remettait en question le fonctionnement du conseil régional et les rapports qu'il entretenait avec les établissements. Cette forme de décentralisation était loin de faire l'unanimité au sein des diverses instances régionales, ni parmi les établissements concernés. Ce qui, pour les uns, constituait une perte de pouvoir en le déplaçant vers les sous-régions, constituait, pour d'autres, une

centralisation vers une instance sous-régionale sur laquelle ils n'avaient pas toujours l'influence souhaitée.

Cependant, tout comme le comité tripartite régional les comités tripartites sous-régionaux survivront au processus de réalisation du plan. Une série de recommandations du plan d'organisation de services portait sur la prolongation de leur mandat en tant que structures de concertation permanentes qui contribueraient à coordonner les services et à favoriser la concertation entre les différents partenaires (P. 128). On leur demandait tout d'abord de terminer les travaux d'organisation des services qui avaient dû être reportés et ils devaient collaborer à la mise en oeuvre du plan d'organisation de services. On leur demandait d'abord de « poursuivre les travaux de planification des services [...] et procéder à l'identification des modèles de répartition des responsabilités en conformité avec les orientations régionales » (p. 133)

Les comités tripartites sous-régionaux se sont vu ensuite attribuer un rôle important dans la mise en oeuvre de plusieurs objectifs et activités prévues au plan d'action. Dans le cadre de « l'implantation et de la coordination des programmes » le comité tripartite sous-régional devait adopter la programmation préparée par un distributeur d'un programme à implanter dans leur région (p.186). Dans le cadre du « maintien de la personne dans son milieu de vie [...] les plans de réorganisation des unités de longue durée devront être soumis pour approbation aux comités tripartites sous-régionaux » (p.189) des régions concernées. Les comités tripartites sous-régionaux, en collaboration avec le comité tripartite régional, devaient participer à l'élaboration des modalités d'évaluation des services pour en définir les enjeux, les paramètres et les critères (P. 197). Finalement, les comités tripartites devaient s'impliquer au niveau de la coordination de l'ensemble des services et contribuer « à la coordination des services, à la priorisation des besoins et des programmes pour une sous-région, à l'approbation des programmations préparées par les distributeurs de services[...] afin de développer un modèle intégré de services de santé mentale, centré sur les besoins de la personne et de la population en collaboration avec tous les partenaires concernés »(p.201). Les membres des comités tripartites sous-régionaux demandaient que le CSSSM continue d'assumer les fonctions d'animation de ces structures de participation (P. 203).

Le tableau suivant résume la contribution des comités tripartites sous-régionaux. Bien que leurs recommandations aient été acceptées intégralement par le comité tripartite régional, leur mandat était si limité, leur fonctionnement exigeait tellement de temps que

même ce mandat, aussi limité fut-il, n'a pu être réalisé dans le cadre du processus de réalisation du plan, de sorte que l'influence qu'ils ont exercé sur le plan est assez marginale. Leur contribution est non seulement limitée à leur territoire mais leur rôle est réduit à des aspects plus opérationnels et à l'implantation du plan. On attend d'eux qu'ils exercent des « pouvoirs allocatifs » dans le cadre de la mise en oeuvre du plan mais ils n'ont eu aucune influence sur les méthodes de travail, la définition des besoins des clientèles, les orientations et les objectifs du plan. S'ils ont des pouvoirs décisionnels dans leur région quant à la priorisation des besoins et la répartition des responsabilités entre les distributeurs de leur région, leurs décisions doivent respecter les orientations régionales qui sont assez contraignantes quant à la reconnaissance des différentes catégories de distributeurs et à la répartition des ressources. Les comités régionaux n'auront eu finalement que peu d'influence sur la plupart des enjeux du plan comme le montre le tableau 20.

Tableau 20: Contribution des comité tripartites sous-régionaux

Enjeux du plan	Mandat	Contribution
La gestion du processus de planification		
2.2- Les structures de participation 2.3- Objectif et sous-objectifs de la planification régionale		
L'analyse des besoins de la population		
3.2- But de l'ensemble de services 3.2- Les niveaux, les clientèles 3.3- Problématiques et buts de l'intervention 3.4- Besoins des clientèles particulières 3.5- Répertoire des programmes 3.5- Indicateurs et normes		
La planification et la coordination régionale des services		
5.1- Les sphères de responsabilités et les 14 activités 5.2-Orientations, objectifs stratégiques et recommandations	Valider les orientations et les objectifs stratégiques (5.2)	<ul style="list-style-type: none"> • Un rapport présentant les propositions soumises par les comités tripartites sous-régionaux pour la révision des objectifs d'intervention et des objectifs stratégiques des neuf sous-régions a été déposé et adopté par les membres du comité tripartite régional. La plupart des trente neuf objectifs ont été reformulés et leur nombre total est porté à quarante-trois, il s'agit dans la plupart des cas de clarifications ou de précisions apportées au texte.
La répartition des responsabilités et des ressources		
5.3- «modèle d'organisation régionale des services» répartissant les responsabilités 5.4- «modèle de répartition des ressources» 5.4- «modèle de priorisation des programmes »	Répartir les responsabilités entre les distributeurs (en conformité avec les orientations régionales) (5.3) Priorisation des programmes (5.4)	<ul style="list-style-type: none"> • La répartition des responsabilités entre les distributeurs de services dans les sous-régions est reportée. • Les priorités de développement ont été identifiées pour les programmes de chacun des niveaux d'intervention.
La mise en oeuvre du plan régional et l'évaluation des services		
6.- Plan de travail et échéancier pour chacune des 14 fonctions 4.- Portrait des ressources en santé mentale	Suggérer des moyens de mise en oeuvre (6) Valider le bilan des services (4)	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune contribution. • Très faible contribution.

Enquêtes et consultation élargie

Avant d'étudier la contribution du comité tripartite régional, qui fut véritablement la structure centrale du processus PROS en santé mentale de la Montérégie, nous nous pencherons sur la consultation qui a pris diverses formes. Deux types de consultation ont été effectuées et ont permis à plusieurs centaines de personnes de participer au processus de planification régionale en santé mentale. Une première consultation a pris la forme d'une enquête auprès de trois groupes de cinquante personnes et une seconde « consultation élargie » a été effectuée à partir d'un sondage et de trois journées d'audiences. Comme pour les autres structures de participation la préparation des consultations a retenu l'attention et a fait l'objet de plusieurs discussions au sein du comité tripartite.

La « consultation élargie auprès de tous les partenaires » était une obligation formulée dans *la Politique de santé mentale*; cette consultation devait être réalisée avant l'adoption du PROS par le conseil d'administration du conseil régional. La forme et les modalités n'en étaient pas définies davantage. « Il appartient à chaque conseil régional de déterminer les modalités d'application du processus, dans un esprit de partenariat ». (*Politique de santé mentale*, p.54)

Les membres du comité tripartite ont été informés de cette exigence dès leur première réunion au mois de mai 1989. Les modalités de réalisation de la « consultation élargie » ont fait l'objet de discussions au sein du comité tripartite, à plusieurs reprises, à la 5^e, à la 10^e, à la 11^e et à la 12^e réunion. L'analyse des divers rapports de consultation sera effectuée par les membres du comité tripartite lors de la 13^e réunion, en janvier 1991.

À partir des documents conservés nous analyserons d'abord la préparation et la définition des modalités de consultation, nous procéderons ensuite à la présentation de modalités de consultation retenues, pour terminer par l'étude de l'impact des consultations sur le contenu du PROS en santé mentale de la Montérégie.

Lors de la cinquième réunion du comité tripartite (12 mars 1990), la question de la « consultation élargie » était inscrite à l'ordre du jour afin d'en préciser les modalités. Une proposition a été déposée aux membres à l'effet que

« la consultation élargie prenne la forme de séances de travail avec les tables de concertation sous-régionales, auxquelles seront

transmises les recommandations des comités tripartites sous-régionaux ».²

Ce projet de résolution avait été présenté suite aux recommandations des membres des assemblées sous-régionales qui craignaient qu'une consultation trop vaste prolonge les délais de réalisation du plan. On se souviendra que l'octroi de budgets de développement par le Ministère était conditionnel à son approbation d'un plan régional et qu'il attendait les plans pour avril 1990. Au procès-verbal du comité tripartite on rapportait ainsi les préoccupations des sous-régions

« Lors des rencontres sous-régionales pour l'implantation des comités tripartites sous-régionaux, l'avis des participants et participantes a été sollicité concernant la consultation élargie. En considérant qu'avec la participation de comités tripartites sous-régionaux en santé mentale, tous les partenaires auront eu l'occasion de participer à l'élaboration du plan ou d'être consultés, certaines personnes ont manifesté leur inquiétude que les diverses consultations prolongent indûment la réalisation du plan régional d'organisation de services et retardent ainsi l'action » (PV, p.25).

Les avis des membres du comité tripartite étaient partagés sur cette question,

« Certains sont en faveur d'audiences publiques sous-régionales afin de rejoindre le maximum de gens, y compris les usagers. La population doit être consultée. D'autres proposent d'engager une firme d'experts mandatés pour élaborer un projet de consultation élargie lequel devrait se limiter aux individus, aux parents des individus et aux regroupements communautaires. Il est également suggéré de retarder l'échéancier de la consultation » (PV, p.25)

Après délibération les membres du comité tripartite formulaient et adoptaient une résolution précisant « que la consultation élargie rejoigne les individus, les parents d'individus et les regroupements communautaires » et mandataient un comité de travail pour « étudier divers scénarios en tenant compte des commentaires précédents et des disponibilités financières » (PV, p.26). Le comité est formé séance tenante, il est

² Les tables sous-régionales réunissaient des représentants de tous les organismes et établissements du réseau de la santé et des services sociaux d'une sous-région. Les comités tripartites qui se sont progressivement substitués aux tables sous-régionales réunissaient au plus 5 représentants des établissements publics et cinq organismes communautaires auxquels s'ajoutaient des représentants du troisième tiers.

composé d'une personne de chacun des tiers et de deux personnes du conseil régional et sa recommandation est attendue pour la réunion suivante du comité tripartite.

Cette question n'a été ramenée à l'attention du comité tripartite que lors de la 10^e réunion (27 juin 1990). Le sous-comité de travail déposait une proposition qui a été adoptée sans modification et à l'unanimité par les membres du comité tripartite. On décidait que la consultation élargie serait effectuée par les responsables des trois regroupements régionaux soit l'Association des parents et amis des malades mentaux, Auto-Psy Montérégie (organisme d'accompagnement et de défense des droits des usagers) et le regroupement des groupes d'entraide aux usagers. La consultation s'adresserait « aux personnes éprouvant des difficultés et à leurs familles », elle rejoindrait un minimum de 150 personnes, soit 50 personnes par regroupement sur tout le territoire de la Montérégie. La consultation porterait sur « les objectifs et énoncés de principe, la gamme de services et la distribution des services » et prendrait « la forme d'un questionnaire basé sur le projet de plan d'organisation de services en santé mentale ».

Malgré cette orientation adoptée par le comité tripartite, une intervention du MSSS forcera la tenue d'une consultation publique. En effet, après vérification auprès du Ministère, il est révélé que la « consultation élargie » doit être publique, c'est-à-dire accessible à l'ensemble de la population. Une seconde consultation est donc prévue cette fois sous forme d'audiences publiques sous-régionales, et cette nouvelle modalité est adoptée par les membres du comité tripartite. (11^e réunion, 17 septembre 1990).
Les membres du comité tripartite

« conviennent d'une consultation sous forme d'audiences sous-régionales regroupant les participants et participantes par sous-régions. La consultation sera encadrée à l'aide d'une grille de questions à laquelle devront répondre les participants et participantes. Ils/elles pourront se faire entendre également sur toute autre question relative au plan. »

Cinq personnes du comité tripartite exprimaient leur disponibilité pour assister aux audiences et sont désignées en tant que commissaires, lors de la douzième réunion du comité tripartite. Deux représentants pour chacun des premier et deuxième tiers sont nommés, alors qu'une seule personne est disponible pour le troisième tiers pour toute la durée des audiences. Les audiences sont fixées aux 5, 6 et 7 décembre 1990 au siège social du Conseil régional de la Montérégie. Un temps équitable serait alloué à chacune

des sous-régions et à chacun des tiers. Un avis public devait paraître dans les journaux et au-delà de 1,000 grilles de consultation ont été expédiées.

« Les membres expriment leur satisfaction face à la consultation élargie telle que planifiée. Il faut se servir de cette consultation afin de créer un dynamisme favorisant le virage souhaité par la politique ministérielle » (PV, p.99)

Pour mesurer l'impact des deux types de consultation, soit l'enquête et la « consultation élargie », sur le contenu du PROS, il suffit d'analyser le procès-verbal de la treizième réunion du comité tripartite (9 janvier 1991). C'est lors de cette réunion qu'ont été étudiés les divers rapports de consultation et qu'ont été adoptées les résolutions donnant suite aux consultations effectuées. On peut en conclure que l'ensemble des consultations, que ce soit sous forme d'enquête ou d'audiences publiques n'ont eu que peu d'impact sur le plan. Cependant l'enquête auprès des personnes et de leurs familles a eu davantage d'influence sur le contenu du plan que la consultation publique et les audiences.

Les enquêtes auprès des personnes et de leurs familles

Suite à l'enquête auprès des personnes et de leurs familles, trois rapports ont été déposés et présentés aux membres du comité tripartite par les personnes responsables de cette consultation. Si les résultats de ces enquêtes ont permis de mieux comprendre les intérêts et les préoccupations des différents groupes et ont contribué à faire reconnaître leurs droits et leur rôle dans le processus de planification et de coordination des services, l'analyse des résolutions adoptées par le comité tripartite suite au dépôt de ces rapports révèle que cette forme de participation n'a généré que très peu de modifications au plan.

Le premier rapport, rédigé et présenté au comité tripartite par le coordonnateur du Collectif de défense des droits de la Montérégie, « constitue une synthèse des réponses de 57 personnes sondées par l'entremise d'un questionnaire à choix multiples. Le tiers de ces personnes ne fréquente aucune ressource en santé mentale » (procès-verbal, 9 janvier). Suite à cet exposé, les membres du comité tripartite souhaitent que soit abordée dans le plan la question des ressources illicites et que soient distingués les besoins et les intérêts des personnes par rapport aux besoins et aux intérêts des familles qui peuvent être différents (PV, p. 2).

Après avoir rappelé l'évolution au Québec des droits des personnes au cours des vingt dernières années conduisant la *Politique de santé mentale* à faire de la « primauté de la personne » l'un de ses principes directeurs, « Le Collectif de défense des droits de la Montérégie salue l'initiative du comité tripartite de consulter la clientèle; à notre connaissance, seule région à prioriser celle-ci à l'étape de la consultation. Nous verrons cependant que l'initiative apparaît bien tard. » (Rapport du Collectif, p. 3).

Le rapport déplorait la difficulté pour les personnes sollicitées de s'insérer dans un processus technocratique et d'en bien saisir la portée. Afin de soutenir la participation des personnes, un questionnaire de type objectif, comportant 22 énoncés extraits pour la plupart du PROS en santé mentale, visait à mesurer leur degré d'adhésion au plan. Ces énoncés concernaient principalement les orientations stratégiques relatives à la participation des personnes, la définition de la gamme de programmes et de services et la priorisation des programmes adoptée par chacun des comités tripartites sous-régionaux. Après avoir analysé le degré d'adhésion des personnes aux différents énoncés soumis il est apparu au rédacteur du rapport que certaines préoccupations ressortaient clairement. C'est à partir de ces éléments dominants que le Collectif soumettait quatre « objectifs » assortis d'une série de moyens au comité tripartite. Ces objectifs portaient sur:

- « la participation effective des personnes aux prises avec des troubles d'ordre mental aux différents comités
- la promotion et le respect des droits de la personne,
- les projets de sensibilisation et d'information auprès de la communauté,
- la création de ressources alternatives et communautaires dans la communauté; » (PV, p. 2)

Le deuxième rapport présenté par une personne responsable d'un groupe d'entraide, reposait sur un document de 8 pages rapportant les résultats d'une enquête réalisée par l'Association des alternatives en santé mentale en Montérégie, menée auprès de 91 personnes, pour la plupart membres de groupes d'entraide.

Afin de permettre aux répondants et répondantes de comprendre les enjeux en présence, « La consultation comportait un exposé sur la régionalisation, la mise sur pied du comité tripartite régional et des comités tripartites sous-régionaux et les grandes lignes de la politique de santé mentale; une description des différents services offerts et un questionnaire à compléter » (PV, p.3). Faisaient suite à cet exposé un exercice de

priorisation des programmes et une consultation avec le questionnaire préparé en collaboration avec le Collectif de défense des droits de la Montérégie.

Le rapport déposé rapportait les résultats concernant l'exercice de priorisation des programmes; les répondants et les répondantes privilégiaient au niveau des services aux adultes la promotion et la défense des droits, les groupes d'entraide et le programme de réinsertion au travail et aux études. Quant au questionnaire, on rapportait une très forte adhésion des participants et participantes aux énoncés portant sur l'implication des usagers et usagères à la coordination des services sous réserve que les personnes soient soutenues et « prises au sérieux ». Par ailleurs la participation des familles et des parents n'obtenait pas l'adhésion de la majorité des répondants et répondantes. Trois recommandations étaient formulées pour conclure le rapport, la première concernait la priorisation des programmes, la seconde la participation des usagers et usagères à la coordination et la planification des services et la troisième l'engagement des groupes d'entraide au niveau de services tels le dépistage, l'intervention de crise, l'information à la population, la réinsertion sociale, la réinsertion au travail, aux études et aux loisirs.

Le troisième rapport, de 4 pages, présenté par la présidente de l'Association des parents et amis du malade mental- Rive-Sud, et membre du comité tripartite, portait sur la

« consultation des proches de personnes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants. La consultation s'est effectuée à partir du même questionnaire utilisé par le Collectif de défense des droits de la Montérégie [...] et a été administré par les responsables de chacune des associations sous-régionales. Les personnes (47) ayant rempli le questionnaire appartiennent toutes à des associations de parents et amis du malade mental. Ces personnes ont vécu ou vivent avec un proche aux prises avec de problèmes sévères et persistants » (PV, p.4).

Les 22 énoncés du questionnaire ont tous reçu une forte adhésion des participantes et participants, de sorte qu'il est plus difficile de cerner leurs principales préoccupations, bien que cette adhésion témoigne de leur accord avec le contenu du plan. Les participants et participantes soulignaient par ailleurs que « ce qui va donner véritablement du répit aux parents, c'est l'accès pour leur proche à une gamme complète de services ». Vingt ans après « les fous crient au secours » et la désinstitutionnalisation, ce sont les parents qui crient au secours, se sentant submergés et incapables de répondre seuls aux besoins de leur proche (Rapport, p.2). Pour eux, les programmes d'intervention de crise et d'hébergement devraient être priorités. Bien qu'ils soient en accord avec la participation des personnes à la coordination de services, « ils doutent de la capacité des personnes aux prises avec des difficultés d'assumer

cette responsabilité » (Rapport, p.3). Finalement ils expriment leur accord quant à la participation des parents à la planification et la coordination des services mais dans les faits leur disponibilité est limitée parce qu'ils « n'ont pas les moyens de s'absenter de leur emploi pour le faire » (Rapport, p.4). Le Rapport conclut que si les familles ne souffrent pas elles-mêmes de problèmes de santé mentale, leur vie en est profondément affectée, elles affirment être des partenaires essentiels et déplorent de devoir trop souvent assumer seules toutes les responsabilités.

À la différence des deux premiers rapports qui formulaient des propositions et des recommandations précises, le 3^e rapport abordait plusieurs enjeux de manière assez générale et ne formulait explicitement aucune proposition, c'est pourquoi il n'a donné lieu à aucune résolution du comité tripartite. Les parents appuyaient les différentes recommandations du plan et pour eux « le rôle des aidants naturels est très important. Il ne s'agit pas seulement de parrainage, mais de prise en charge. Il ne faut pas oublier la participation des parents dans cette démarche » (PV, p. 4).

Après le départ des deux premiers présentateurs, les membres du comité tripartite ont voté une motion de félicitations adressée aux personnes ayant assumé la réalisation des trois enquêtes. Ils ont ensuite procédé à l'analyse des recommandations transmises par les trois groupes consultés. Deux des trois rapports ont suscité l'adoption de recommandations par les membres du comité tripartite. Il s'agit du rapport du Collectif de défense des droits de la Montérégie et du rapport de l'Association des alternatives en santé mentale de la Montérégie. Il est intéressant de noter que la clarté des recommandations énoncées dans ces deux rapports facilitait le processus de prise de décision au sein du comité tripartite et a ainsi contribué à accroître l'influence de ces deux groupes. Par ailleurs, la participation de la responsable du 3^e rapport en tant que membre du comité tripartite, lui a fourni d'autres occasions de faire valoir les intérêts de son groupe.

Suite au rapport du Collectif de défense des droits de la Montérégie, les objectifs et les moyens suggérés ont été quelque peu reformulés et adoptés sous la forme suivante:

«1. de s'assurer de la participation effective des personnes aux prises avec des troubles d'ordre mental aux comités de coordination, de planification et d'évaluation des services et prendre les moyens pour s'assurer que cette participation soit significative;

de spécifier à l'intérieur du plan régional d'organisation de services, que des mécanismes adéquats, par lesquels toutes les voix sont entendues, seront mis sur pied pour ce faire;

2. De développer la promotion et le respect des droits des personnes
3. Qu'il soit retenu dans le plan régional d'organisation de services en santé mentale comme essentiel le maintien d'un programme de services d'aide et d'accompagnement ainsi que son financement
4. D'indiquer dans le plan régional d'organisation de services en santé mentale la problématique majeure des ressources illicites et signifier clairement que des mesures doivent être prises pour remédier à cette situation.
5. De s'assurer que les personnes aux prises avec des troubles d'ordre mental participent aux projets de sensibilisation et d'information auprès de la communauté et que des moyens adéquats pour assurer leur participation soient mis en place.
6. De favoriser la création de ressources alternatives et communautaires dans la communauté de la façon suivante:
 prioriser la consolidation et le développement de telles ressources;
 créer des projets-pilote de réinsertion sociale où les personnes aux prises avec des troubles d'ordre mental seront invitées à participer à leur mise en oeuvre. » (Procès-verbal, 9 janvier).

Pour donner suite au rapport des groupes d'entraide, trois recommandations ont été adoptées par le comité tripartite, soit une recommandation visant à informer les comités tripartites régional et sous-régionaux des besoins priorités par les personnes, une seconde concernant le soutien à la participation des usagers et usagères et une troisième sur la clarification des mandats respectifs des différentes organisations. Si ces trois recommandations ont été rédigées en réponse aux trois recommandations proposées par les groupes d'entraide, une seule, soit la seconde est conforme à la proposition soumise. En réponse à la première et seconde proposition des groupes d'entraide, on s'engageait à prendre note et à transmettre les suggestions déposées concernant la priorisation des programmes et la répartition des responsabilités, aux instances décisionnelles concernées en espérant qu'elles en tiennent compte à une étape ultérieure des travaux. Les résolutions adoptées sont ainsi formulées:

« que tous les rapports des différents regroupements (associations de parents et amis des malades mentaux et groupes d'entraide) soient déposés aux comités tripartites sous-régionaux ainsi qu'au comité tripartite régional

que dorénavant les usagers et usagères de ressources prennent une part plus active dans la planification des programmes, dans la définition de leurs besoins et dans l'évaluation des services. Pour ce faire, que les structures consultatives et décisionnelles soient adaptées aux personnes et non l'inverse;

d'être davantage explicite, dans le plan régional d'organisation de services, pour reconnaître que les diverses ressources dispensatrices

de programmes et services pourront offrir des programmes et services selon les mandats qui leur seront conférés » (PV, p. 8-9)

Le tableau 21 présente l'analyse de ces recommandations eu égard aux enjeux du plan d'organisation de services. Bien que la consultation ait porté sur un plus grand nombre d'enjeux PROS, on peut constater que les recommandations soumises par les groupes consultés et retenues par le comité tripartite ne concernent qu'un nombre très limité d'enjeux. Ces enjeux sont tous relatifs à la reconnaissance des droits des personnes qui demandaient que leurs besoins en matière d'accompagnement dans l'exercice de ces droits soient reconnus, que leur participation à la coordination et à la planification des services soit soutenue et que soit privilégié le développement de ressources communautaires et alternatives faisant appel à leur implication.

Si la consultation de la clientèle n'a eu qu'un faible impact sur la rédaction du plan, puisqu'elles ont exprimé leur accord quant aux orientations qui leur ont été soumises, leurs recommandations ont néanmoins été retenues par le comité tripartite et ont contribué à faire reconnaître explicitement les droits des personnes en Montérégie. Cet objectif était considéré comme prioritaire par le Collectif de défense des droits de la Montérégie. « Peu importe à la limite les conditions dans lesquelles se tient cette consultation, l'important est qu'elle se fasse et que la prochaine fois, la participation des usagers à la planification des services, soit, pour employer un mot à la mode, incontournable » (Rapport du Collectif, p.7).

Les deux rapports déposés par les groupes de personnes se distinguaient du rapport déposé par l'Association des parents et amis sur la place que doivent jouer respectivement ces deux groupes d'intérêt dans la coordination et la planification des services, si les deux groupes souhaitaient être reconnus comme des interlocuteurs « incontournables » ils mettaient respectivement en doute la contribution utile de l'autre groupe: cet enjeu semble avoir créé des débats importants au sein des trois groupes consultés. Cette constatation a conduit les membres du comité tripartite à distinguer les besoins des personnes de ceux des familles.

Tableau 21: Contribution des enquêtes

Résumé du mandat de consultation	
<ul style="list-style-type: none"> La consultation devait porter sur « les objectifs et énoncés de principe, la gamme de services et la distribution des services » (PV, 27 juin 1990) 	
Rapport du Collectif de défense des droits de la Montérégie	
Enjeux	Résolutions adoptées par le comité tripartite
<ul style="list-style-type: none"> La participation des personnes aux comités régional et sous-régionaux (5.2) Orientation stratégiques sur la primauté de la personne (5.2) Le programme d'aide et d'accompagnement (3.5) Le contrôle des ressources illicites (N/A) La participation des personnes à la sensibilisation de la communauté (5.2) Le soutien aux ressources alternatives et communautaires (5.2) La participation des personnes à la création de ressources (5.2) 	<ul style="list-style-type: none"> de s'assurer de la participation effective des personnes aux prises avec des troubles d'ordre mental aux comités de coordination, de planification et d'évaluation des services et prendre les moyens pour s'assurer que cette participation soit significative; de spécifier à l'intérieur du plan régional d'organisation de services, que des mécanismes adéquats, par lesquels toutes les voix sont entendues, seront mis sur pied pour ce faire; De développer la promotion et le respect des droits des personnes, Qu'il soit retenu dans le plan régional d'organisation de services en santé mentale comme essentiel le maintien d'un programme de services d'aide et d'accompagnement ainsi que son financement D'indiquer dans le plan régional d'organisation de services en santé mentale la problématique majeure des ressources illicites et signifier clairement que des mesures doivent être prises pour remédier à cette situation. De s'assurer que les personnes aux prises avec des troubles d'ordre mental participent aux projets de sensibilisation et d'information auprès de la communauté et que des moyens adéquats pour assurer leur participation soient mis en place. De favoriser la création de ressources alternatives et communautaires dans la communauté de la façon suivante: <ul style="list-style-type: none"> - prioriser la consolidation et le développement de telles ressources; - créer des projets-pilote de réinsertion sociale où les personnes aux prises avec des troubles d'ordre mental seront invitées à participer à leur mise en oeuvre.
Rapport des usagers et usagères des groupes d'entraide	
<ul style="list-style-type: none"> Priorisation des programmes (5.4) Soutien à la participation des usagers et usagères (5.2) Responsabilités des groupes d'entraide (5.3) 	<ul style="list-style-type: none"> que tous les rapports des différents regroupements (associations de parents et amis des malades mentaux et groupes d'entraide) soient déposés aux comités tripartites sous-régionaux ainsi qu'au comité tripartite régional que dorénavant les usagers et usagères de ressources prennent une part plus active dans la planification des programmes, dans la définition de leurs besoins et dans l'évaluation des services. Pour ce faire, que les structures consultatives et décisionnelles soient adaptées aux personnes et non l'inverse; d'être davantage explicite, dans le plan régional d'organisation de services, pour reconnaître que les diverses ressources dispensatrices de programmes et services pourront offrir des programmes et services selon les mandats qui leur seront conférés »

La consultation élargie

Après avoir étudié les rapports d'enquête menée auprès des usagers des usagères et des familles les membres du comité tripartite se sont penchés sur les résultats de la « consultation élargie ». Deux documents synthèse résument les résultats du sondage et des audiences publiques. Un troisième document préparé avec les « commissaires » ayant assisté aux audiences publiques, proposait une série de sept recommandations, qui la plupart consistaient à préciser ou à clarifier certains aspects PROS particulièrement en termes de définition des besoins et de répartition des responsabilités et des ressources.

Dans le cadre de la « consultation élargie » réalisée afin de répondre aux exigences du Ministère, près de 1,300 questionnaires ont été expédiés à diverses organisations en Montérégie au début du mois d'octobre. Le questionnaire portait sur la gamme de services, la priorisation des programmes, l'organisation des services, la répartition des responsabilités, les orientations et les objectifs stratégiques. Divers documents résumant le plan et les enjeux de la planification ont été transmis avec ce questionnaire. En plus de suggérer aux répondants et aux répondantes de compléter leur questionnaire, on les invitait à s'inscrire aux audiences publiques du mois de décembre. Sur l'ensemble des questionnaires expédiés, soixante-deux ont été retournés au Conseil régional, et 18 groupes se sont inscrits aux audiences publiques.

La compilation des résultats révèle que « L'ensemble des orientations et des objectifs formulés dans le plan d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie obtiennent l'appui des répondants. Ce sont davantage les modes d'application qui font l'objet de discussion » (Rapport de consultation, p.5). Le maintien des comités tripartites régional et sous-régionaux est retenu à l'unanimité et le partenariat est jugé important. « Cependant la collaboration entre les services publics et les organismes communautaires suscite l'inquiétude de plusieurs » (P.6). La répartition équitable des ressources entre les sous-régions, les programmes, les clientèles ou les types d'organisation fait l'objet des préoccupations de la plupart des répondants et répondantes.

Les recommandations formulées par les commissaires suite à la consultation élargie ont suscité peu de commentaires au sein du comité tripartite, et ont été adoptées presque intégralement. Une septième recommandation demandant la consolidation des ressources alternatives existantes avant la création de nouvelles ressources a été

modifiée, et une recommandation visant à accorder la responsabilité des programmes de promotion-prévention en priorité aux organismes communautaires et aux CLSC a également été modifiée. Le tableau 22 présente les recommandations retenues:

Tableau 22: Contribution de la consultation élargie

Enjeux	Résolution donnant suite à la « consultation élargie »
<ul style="list-style-type: none"> • Définition des clientèles (3.2) • Définition des besoins des clientèles particulières (3.4) • Clarification sur la répartition des responsabilités (5.3) • Clarification des problématiques d'intervention (3.2) • Répartition des responsabilités (5.3) • Répartition des ressources (5.4) • Répartition des ressources (5.4) • Répartition des ressources (5.4) 	<ul style="list-style-type: none"> • au niveau des services spécialisés destinés aux jeunes, scinder les 0-18 en deux: 0-12 et 12-18 ans; • Préciser les clientèles cibles et se préoccuper en collaboration avec les différents secteurs de services concernés des personnes éprouvant des troubles multiples: violence conjugale et familiale, protection de la jeunesse, troubles d'adaptation scolaire, itinérance, toxicomanie, judiciairisés » • Réviser et préciser le modèle d'organisation de services et les différents concepts; • Clarifier au niveau de l'ensemble des services les notions de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Favoriser une plus grande reconnaissance de l'implication des organismes communautaires et des CLSC parmi les acteurs principaux en prévention primaire et en promotion de la santé mentale; • Rendre accessible dans chaque sous-région la gamme complète de services • Rechercher l'équité dans la répartition des ressources entre les ressources alternatives et les établissements • Développer des organismes communautaires en tenant compte du besoin de consolidation des ressources communautaires existantes »

Pour donner suite à ces recommandations, des clarifications seront ajoutées au plan d'organisation de services sur les besoins des clientèles particulières. Afin de clarifier le modèle d'organisation de services, tel que demandé, le comité tripartite reprendra cette tâche avant l'adoption finale du plan. Les deux recommandations concernant la répartition des ressources entre les ressource alternatives et les établissements et sur la consolidation des ressources communautaires seront intégrées dans le plan d'action du PROS. La recommandation sur l'accessibilité de la gamme de services dans chacune des régions a également été retenue.

Si l'on peut conclure que la consultation élargie et les audiences n'ont eu que peu d'influence sur le plan, cela ne s'explique pas seulement par le peu de poids ou de pouvoir que détiennent les participants et participantes à la consultation par rapport au

comité tripartite mais également par la redondance des propos. La consultation élargie a réuni sensiblement les mêmes catégories d'intérêt déjà présentes aux comités tripartites régional, sous-régionaux et dans les groupes de référence et leurs préoccupations avaient déjà été intégrées au PROS. La consultation élargie a permis de valider le contenu du PROS et servi à confirmer la légitimité des membres du comité tripartite qui avaient semble-t-il réussi, au cours du processus d'élaboration du PROS, à négocier et à faire valoir les intérêts des différents groupes d'acteurs en Montérégie suffisamment pour faire émerger un consensus confirmé par la consultation élargie.

Le comité aviseur à la condition de vie des femmes

En plus des résultats de l'enquête et de la consultation publique, le comité aviseur à la condition de vie des femmes a été consulté sur le projet de PROS en santé mentale. Ce comité a consacré une journée entière à l'étude du projet.

Il a suggéré des modifications à huit des recommandations du plan. Ces recommandations concernaient principalement la présence de femmes et l'implication du comité aviseur à la condition de vie des femmes aux diverses instances décisionnelles en santé mentale. En second lieu le comité réclamait que les besoins spécifiques aux femmes soient pris en compte et que les administrateurs et les intervenants et intervenantes soient sensibilisés à ces besoins. le Comité recommandait également que la programmation des services reconnaisse les caractéristiques des diverses communautés culturelles ainsi que les caractéristiques régionales.

Une seconde série de recommandations du Comité aviseur était issue d'une analyse de « l'impact des différents programmes sur les conditions de vie des femmes ainsi que l'impact de la désinstitutionnalisation ». À cet effet on recommandait « que les programmes-cadres d'entraide et de répit aux familles tiennent compte de l'impact de ces services sur les conditions de vie des femmes ». On recommandait aussi de tisser des liens entre le secteur de la santé mentale et celui de l'intervention auprès des femmes victimes de violence. Tant en matière de prévention que de dépistage il est suggéré, que dans l'un et l'autre réseau on identifie les femmes et les enfants ayant besoin de services de santé mentale ou victimes de violence et d'abus sexuel. Toutes les recommandations du comité aviseur ont été retenues par le comité tripartite en santé mentale.

Des intérêts spécialisés pour une influence limitée

Malgré l'accueil positif réservé par le comité tripartite aux recommandations provenant de la consultation élargie et des enquêtes, leur impact a été assez limité sur le contenu du PROS. La consultation sous ses diverses formes a servi essentiellement à valider le plan, confirmant ainsi la légitimité du comité tripartite. Elle a également contribué à faire reconnaître les divers groupes d'acteurs et à les mobiliser autour de ce projet, ce qui en faciliterait la mise en oeuvre.

« Cette approche de travail en collaboration avec de nombreux et nombreuses partenaires à toutes les étapes d'élaboration du plan, bien que plus onéreuse présente de nombreux avantages. Elle garantit la validité du plan, des informations traitées et des analyses. Elle favorise la démocratisation des services et rapproche la prise de décision des lieux de pratique et finalement, l'implication des divers partenaires lors de la conception, facilitera la mise en oeuvre du plan. C'est ce processus de décision qui vise à faire du plan un processus de changement collectif. » (PROS en santé mentale, p. 18)

Bien que certains groupes d'intérêt se soient mobilisés ou concertés dans le cadre de la consultation, elle a servi plutôt à valider les orientations du PROS qu'à formuler de nouvelles avenues. Bien sûr, si les résultats avaient montré des désaccords profonds on peut supposer que le plan aurait subi des modifications plus importantes. La composition des comités tripartite régional et sous-régionaux assurait déjà la représentation des divers intérêts qui ont pu être négociés avant la consultation, ce qui explique en partie le faible impact de cette dernière. C'est principalement au sein du comité tripartite que se sont joués et négociés, plus ou moins collégialement les intérêts des différents groupes.

Les diverses modalités de consultation ont permis de diffuser largement les informations concernant le plan, et de mobiliser de nombreux partenaires mais ne laissaient que peu de pouvoirs aux participants et aux participantes, pour contribuer véritablement au processus de négociation sur le contenu du PROS. La demande de reconnaissance de la légitimité de chacun des groupes d'acteurs et leur volonté non équivoque de participer à la planification et à la coordination des services, localement, sous-régionalement et régionalement ressort cependant de manière unanime de la part de tous les répondants et répondantes.

Si les participantes et participants ont eu davantage de pouvoir au sein des groupes de référence et des comités tripartites sous-régionaux, on peut quand même affirmer que

ces pouvoirs se sont exercés sur des enjeux relativement limités et spécialisés et que ces instances détenaient des pouvoirs spécialisés. Alors que le mandat des groupes de référence faisait appel à l'expertise d'une personne pour un niveau d'intervention seulement, les participants et participantes aux comités sous-régionaux ne représentaient les intérêts « géographiques » que d'une partie de la population de la Montérégie et leur mandat les confinait à des pouvoirs opérationnels et « allocatifs ». Ces deux structures jouaient finalement un rôle conseil auprès du comité tripartite dont elles relevaient formellement et hiérarchiquement.

Les modalités de participation, que ce soit au sein des comités ou par la consultation élargie ont donné lieu à une mobilisation sans précédent en Montérégie, mais chacune d'elle a occupé un espace « spécialisé ».

« Différents/tes partenaires ont été ainsi sollicités/es tout au long du processus de réalisation. La conceptualisation, les choix méthodologiques, les outils de travail et les documents ont été élaborés et validés en collaboration avec des groupes de référence. Les documents ainsi préparés ont ensuite servi de support à la prise de décision aux partenaires régionaux pour identifier les objectifs, la répartition des responsabilités et des ressources, les priorités d'action. Finalement les personnes elles-mêmes ont été sollicitées pour préciser leurs attentes et assurer que la planification réponde d'abord à leurs besoins réels. Ainsi plusieurs centaines de personnes ont eu l'opportunité de collaborer à l'élaboration du plan d'organisation de services en santé mentale dans la Montérégie » (PROS, p.17).

Le plan de travail, tout comme le rôle et les mandats des structures de participation ont évolué au cours du processus d'élaboration du PROS au fur et à mesure que les divers groupes se sont appropriés leur mandat et ont tenté d'influencer le cours des travaux tant au niveau du contenu, que des méthodes de travail et des modalités de participation. L'intensité de la contribution des participants et des participantes n'a pas été la même entre les diverses modalités de participation.

Si l'on se réfère à la typologie des modalités de participation présentée au tableau 2 (p.82), chacune des modalités retenues dans le cadre du PROS correspond à un type de participation spécifique. Les consultations ont permis aux différents groupes d'acteurs de « manifester » leurs préférences au comité tripartite, cet échange était unilatéral par rapport au comité tripartite et n'a permis aucune réciprocité entre les différents groupes d'intérêt. Les groupes de référence, en tant qu'experts, ont analysé les besoins des clientèles et « prescrit » les modalités d'intervention au comité tripartite. Si les membres pouvaient échanger entre eux ils ne détenaient aucun pouvoir décisionnel en

propre et la communication était unilatérale avec le comité tripartite. Leur degré d'influence, en tant qu'experts, a été supérieur à celui des personnes ayant participé à la consultation toutes modalités confondues. Finalement les membres des comités tripartites sous-régionaux détenaient des pouvoirs décisionnels et ont « transigé » entre eux les priorités de développement des programmes dans leur région. Il ont également « manifesté » au comité tripartite leurs intérêts concernant la planification stratégique.

L'exercice d'élaboration du PROS en santé mentale de la Montérégie a suscité une mobilisation jusque là inégalée dans le secteur de la santé mentale en Montérégie. Malgré l'importance de cette mobilisation l'analyse des contributions des divers mécanismes de participation révèle qu'ils ont exercé une influence relativement limitée dans le cadre des PROS, et que l'intervention des divers groupes peut être considérée comme spécialisée et limitée à un petit nombre d'enjeux. Si ces diverses modalités ont participé à renforcer la légitimité du comité tripartite, c'est au sein de ce comité que se sont véritablement négociés les enjeux du PROS entre les différentes catégories d'acteurs en Montérégie.

Du droit de parole à la prise de pouvoir

Nous avons étudié dans les pages précédentes la contribution des diverses structures de participation au PROS en santé mentale; ces structures détenaient essentiellement un pouvoir de recommandation auprès du comité tripartite régional. Si cette première partie de l'analyse des modalités de participation au PROS a révélé l'ampleur de la mobilisation autour de la planification régionale en santé mentale, nous pourrions évaluer la collégialité et la réciprocité des échanges entre les membres du comité tripartite et les catégories d'acteurs qu'ils représentaient en étudiant les décisions qu'ils ont prises. Au coeur du processus de participation au PROS en santé mentale, les délibérations du comité tripartite sont suffisamment documentées pour nous permettre de tirer certaines conclusions sur la réciprocité et la collégialité des échanges. Nous présenterons d'abord le déroulement chronologique des travaux et ensuite nous étudierons la contribution du comité tripartite au processus de prise de décision à l'égard des enjeux du PROS. Finalement nous rechercherons les signes nous permettant d'évaluer la réciprocité des échanges et la collégialité des délibérations et du processus de prise de décision.

Le déroulement des travaux

Les travaux du comité tripartite, pour la rédaction du PROS en santé mentale se sont échelonnés sur presque deux années, soit du mois de mai 1989 à la fin du mois de janvier 1991. Au cours de cette période les membres du comité tripartite ont tenu quinze réunions. Les rencontres duraient généralement une journée entière; elles débutaient vers 9h45, après que le quorum fut constaté et se terminaient généralement vers 16h30. Deux rencontres, soit la première et la 14^e, n'ont duré qu'une demie journée, alors que trois rencontres se sont prolongées au-delà de 17h00 (soit la 7^e, la 10^e, et la 13^e pour se terminer à 18h10, 17h45, et 17h30).

L'ordre du jour de chacune des réunions était assez chargé, d'autant plus que les travaux associés à la Phase I de l'implantation de *la Politique de santé mentale*, soit l'adoption de quatre programmes-cadres et l'allocation des ressources associées à ces programmes, se sont ajoutés au mandat du comité tripartite en cours de route. Les décisions relatives à la Phase I, ont été abordées au cours de 12 des 15 réunions du comité tripartite et ont requis environ 20% du temps consacré à ces réunions.

Pendant les 22 mois qu'a requis l'élaboration du plan, soit de la première rencontre portant sur l'adoption de la méthode de travail à la 15^e réunion au cours de laquelle les membres ont adopté le document final, la fréquence des rencontres était irrégulière. Si l'écart moyen entre les réunions est de 1,4 mois, entre le 12 mars et le 27 juin 1990, le comité tripartite a tenu 6 rencontres, soit deux par mois, et au cours du seul mois de janvier 1991, trois réunions ont eu lieu. L'analyse des absences montre que le taux d'absentéisme est plus élevé pendant ces périodes intenses de travail. L'absentéisme était vraisemblablement causé, du moins en partie, par la difficulté pour certains membres d'assumer un fardeau de tâche si important.

Sur les 21 membres composant le comité tripartite, une moyenne de 16.6 personnes étaient présentes à chacune des réunions et la participation a oscillé entre 14 et 20 présences, pour un taux moyen de 79% de participation pour l'ensemble des 15 réunions. L'analyse des absences révèle que l'absentéisme a varié non seulement en fonction de la fréquence des réunions, mais également de manière importante, en fonction de l'appartenance à l'un ou l'autre des tiers. Sur le total des absences (soit 49), les membres du troisième tiers ont cumulé 51 % des absences, ceux du 1^{er} tiers 37 % alors que les absences des membres du 2^e tiers ne représentent que 12 % du total des absences. Ces taux reflètent certainement la motivation de chacun des groupes envers la tâche.

Afin de soutenir la participation des membres des organismes communautaires à la réalisation du PROS en santé mentale, il avait été convenu que leurs frais de déplacement seraient remboursés par le Conseil régional.

La Table des centres d'accueil et d'hébergement suite à un litige avec le Conseil régional, relativement à l'allocation des ressources financières dans le secteur des personnes âgées, a refusé de déléguer un représentant jusqu'à l'automne 1989. Le siège est donc demeuré vacant pour les deux premières rencontres du comité tripartite des mois de mai et août 1989. En outre cinq personnes ont démissionné en cours de mandat, soit une du premier tiers représentant les CLSC et quatre du troisième tiers. Ces personnes ont été remplacées.

Plusieurs personnes du Conseil régional participaient aux réunions, soit en moyenne cinq personnes: parmi elles, quatre personnes étaient rattachées à la Direction de la planification et de l'évaluation des services: soit la personne responsable de la rédaction du procès-verbal, la directrice de ce service, le coordonnateur de la planification des

services et la conseillère responsable de la réalisation du PROS en santé mentale; deux autres personnes de la Direction de la coordination des services étaient présentes, étant concernées par les travaux de la Phase I, soit la coordonnatrice des services de santé et le conseiller aux services en santé mentale.

Le tableau 23 présente les différentes statistiques relatives à la durée, à la fréquence des réunions et à la participation des membres.

Tableau 23: Intensité de la participation au comité tripartite

		Écart (mois)	durée (hres)	PhaseI (hres)	Abs 1er tiers	Abs 2è tiers	Abs 3è tiers	Présences CSSSM	Présences totales
10 mai 89	1ère	N/A	3,0	0,0	3	0	1	2,5	16
31 août	2è	3	5,5	2,0	1	0	0	5	18
14 déc	3è	4	6,0	4,5	0	0	1	5	19
23 jan 9	4è	1	6,0	1,5	2	0	0	4	17
12 mars	5è	2	5,5	1,0	0	0	1	4	20
18 av	6è	1	5,5	0,0	2	0	3	6	16
19 av	7è	0	8,0	1,0	2	0	3	6	16
4 mai	8è	1	6,5	0,0	2	1	2	4	16
23 mai	9è	0	6,0	0,1	1	1	4	4	14
27 juin	10e	1	7,0	2,5	0	0	3	5	17
17 sept	11è	3	6,0	1,5	1	0	1	4	18
2 nov	12e	2	5,0	1,0	1	0	1	5	19
9 jan 91	13e	2	6,5	1,0	0	2	1	5	15
18jan	14e	0	4,0	1,0	2	0	3	5	14
24 jan	15e	0	5,0	0,1	1	2	1	4	15
Moyenne		1,43	5,7	1,15	1,2	0,4	1,67	5	16.6
total			85,5	17,2	18	6	25		
%			100%	20%	37%	12%	51%		79%

Le tableau 24 présente le calendrier et les principaux enjeux qui ont fait l'objet des délibérations au sein du comité tripartite. Pour chacune des réunions, les enjeux ayant fait l'objet d'une prise de position sont indiqués. Si l'on classe ces enjeux en fonction des catégories d'enjeux du PROS en santé mentale, on constate que la gestion du processus de réalisation du plan a fait l'objet de discussions au cours de 7 des 15 réunions, l'analyse des besoins a été étudiée dans le cadre de 4 réunions, la planification et la coordination des services a été discutée à 7 reprises et la répartition des ressources et des responsabilités a également été discutée dans le cadre de 7 rencontres. La mise en oeuvre du plan n'a été discutée qu'à la toute fin, soit dans le cadre de la 15è réunion.

La dernière colonne du tableau présente la proportion du temps accordée aux travaux reliés à la Phase 1 de l'implantation de la *Politique de santé mentale*. Nous avons déjà souligné qu'environ 20% de la durée totale des 15 rencontres a été consacré aux travaux relatifs à cette phase. En considérant le temps qui lui a été consacré, on peut analyser pour chacune des quinze rencontres la catégorie d'enjeu ayant dominé la réunion. La gestion du processus de planification a dominé 3 réunions, l'analyse des besoins de la population a dominé 3 réunions et la planification et la coordination des services ont dominé 3 réunions. La répartition des ressources et des responsabilités a suscité la majeure partie des délibérations en dominant 5 des 15 réunions. Si l'on additionne ces deux catégories d'enjeux qui correspondent au chapitre 5 du PROS, la planification des services et la répartition des responsabilités et des ressources ont dominé la scène pendant 8 des 15 réunions. Finalement la mise en oeuvre et le plan d'action ont été adoptés rapidement et n'ont dominé aucune des rencontres. La Phase I, par ailleurs, a suscité l'attention des membres du comité tripartite au cours de 12 réunions et a dominé 1 des 15 rencontres.

Tableau 24: Calendrier des travaux au comité tripartite

1989	#	GESTION DU PROCESSUS DE PLANIFICATION (chapitre2)	G	B	P	R	M	P 1
10 mai	1è	Échéancier, structures de participation et méthode de travail	X					
31 août	2è	Objectif global des services, objectifs d'intervention, définition des problématiques, objectifs stratégiques et répertoire des programmes pour chacun des niveaux d'intervention		X	x			.4
14 déc	3è	Plan de travail et composition des comités tripartites sous-régionaux	x					.8
23 jan	4è	Composition des comités tripartites sous-régionaux	X					.3
12 mars	5è	Maintien des comités tripartites après l'adoption du plan régional Formation d'un sous-comité de travail pour la consultation élargie	X X					.2
1990		ANALYSE DES BESOINS DE LA POPULATION (Chapitre 3)						
18 av	6è	Ajustements aux définitions des problématiques et des clientèles-cibles		X				
19 av	7è	Des modifications sont apportées concernant les clientèles-cibles de chacun des programmes, la liste des programmes et les « objectifs stratégiques » Adoption de la liste des programmes, des normes de clientèles visées et de ressources requises pour chacun d'eux		X	x			.1
		PLANIFICATION-COORDINATION, RÉPARTITION DES RESPONSABILITÉS ET DES RESSOURCES (chapitre 5)						
4 mai	8è	Identification des valeurs et orientations sur lesquelles se fonde l'organisation des services Identification pour le niveau d'intervention de première ligne et de crise des distributeurs de services			X			
23 mai	9è	Identification des distributeurs de services au niveau des services spécialisés				X		.2
27 juin	10	Adoption des recommandations des comités tripartites sous-régionaux sur les objectifs stratégiques et les recommandations Adoption du modèle d'organisation des services Adoption des « distributeurs principaux » pour chacun des programmes Adoption d'une résolution sur la « consultation élargie » qui prendra la forme d'une enquête	x		x		X X	.4
17 sept	11	Des modifications sont apportées au projet de plan sur les orientations Adoption des critères de répartition de budgets de développement Préparation de la consultation sous forme d'audiences publiques	x		x		X	.3
2 nov	12	Préparation des audiences et désignation des commissaires Principe de réallocation des ressources Adoption du document sur les « orientations, objectifs et recommandations »	x			X	x	.2
1991		RÉVISION ET ADOPTION FINALE DU PROS						
9 jan	13	Modifications au plan suite à la consultation		x	X			.2
18 jan	14	Clarification des rôles respectifs, des distributeurs de services, des collaborateurs et du comité tripartite, suite à la consultation élargie				X		.3
24 jan	15	Révision de la distribution des responsabilités entre les catégories de distributeurs Adoption des chapitres cinq et six				X	x	.2
		Enjeux dominants les réunions	3	3	3	5	0	1

Légende: G: gestion du processus de planification
 B: analyse des besoins de la population
 P: planification et coordination des services
 R: répartition des responsabilités et des ressources
 M: plan de mise en oeuvre du PROS en santé mentale

Notes: Le X en caractère gras indique un enjeu dominant
 Le temps accordé aux travaux de la Phase I, est indiqué en dixième.

Il ressort également de l'étude des données présentées au tableau 24 que les enjeux du PROS ont été négociés successivement au cours de trois phases principales. Ainsi la première phase a été dominée par la gestion du processus de participation, cette phase s'étend sur près d'une année. C'est au cours de cette étape qu'ont été effectués les travaux techniques d'analyse des besoins et de recensement des ressources. Cette première période a permis de formuler les assises théoriques et méthodologiques du plan qui ont été adoptées dès la 2^e réunion du comité tripartite. La seconde phase des travaux est celle de l'élaboration du PROS. Elle s'étend du mois d'avril 1990 au mois de novembre de la même année, soit sur une période de sept mois, et correspond à une phase intensive au cours de laquelle le comité tripartite s'est réuni sept fois. Elle inclut l'analyse des besoins, la planification et la coordination des services, ainsi que la répartition des ressources et des responsabilités. Cette phase a mis à contribution les comités tripartites sous-régionaux qui se sont réunis à deux reprises au cours de cette période. Finalement la dernière phase est celle de la révision du plan, suite aux résultats des diverses consultations effectuées auprès des clientèles et de la population. Cette phase a requis la tenue de trois réunions dans le courant du seul mois de janvier 1991.

Enjeux de la délibération et processus de prise de décision

Au-delà de ces quelques analyses statistiques qui témoignent de la prépondérance des enjeux, les uns par rapport aux autres, une analyse plus approfondie du processus de prise de décision permet d'évaluer la contribution des membres du comité tripartite à la réalisation du PROS en santé mentale. Afin d'étudier cette contribution nous avons répertorié toutes les « décisions » et résolutions formelles qui ont été entérinées par le comité tripartite et qui sont rapportées dans les procès-verbaux entre le 10 mai 1989 et le 24 janvier 1991. Nous analyserons le contrôle que les membres ont exercé sur ces décisions. Nous rechercherons ensuite les groupes d'acteurs qui ont dominé les résultats et fait « valoir leurs préférences » afin d'évaluer la « réciprocité » du processus de participation au sein du comité tripartite.

Nous avons repéré dans les procès-verbaux du comité tripartite toutes les « décisions » prises formellement par les membres du comité tripartite. Ces décisions ont résulté des délibérations tenues au sein du comité tripartite. Pour chacune de ces décisions nous nous sommes interrogée sur le processus de prise de décision. D'où provenaient les documents déposés ou les résolutions soumises au comité tripartite pour adoption? Certains acteurs ont-ils dominé le processus de délibération ou ont-ils obtenu des gains particuliers? Les membres du groupe ont-ils adhéré à la décision finale? Voilà autant de questions qui permettent d'évaluer la réciprocité du processus de délibération au sein du comité tripartite.

Pour cerner la contribution des membres du comité à la réalisation du PROS en santé mentale nous avons étudié les décisions du comité tripartite en fonction des différentes catégories d'enjeux qui ont dominé les délibérations au sein du comité tripartite. Ces enjeux correspondent aux chapitres 2, 3, 5 et 6 du PROS. Quant aux chapitres 1 et 4, ils n'ont fait l'objet d'aucune résolution ou débat. Il s'agissait de résumer la *Politique de santé mentale* et le mandat confié aux conseils régionaux, pour le 1er chapitre, alors que le chapitre quatre présentait le portrait démographique de la population de la Montérégie, les distributeurs de services et les programmes disponibles. Quatre catégories d'enjeux ont donc dominé les débats au sein du comité tripartite:

- La gestion du processus de planification (chapitre 2)
- L'analyse des besoins de la population (chapitre 3)
- La planification stratégique et opérationnelle (chapitres 5 et 6)
- La répartition des responsabilités et des ressources (chapitre 5)

Nous avons recensé dans le cadre de la réalisation du PROS (en excluant les travaux de la Phase I) 74 « décisions ». Parmi ces décisions la plupart ont fait l'objet de résolutions formelles qui ont été dûment proposées, appuyées et adoptées. Dès la 2^e réunion du comité tripartite, les membres ont demandé que les décisions soient prises par voie de résolution et qu'un vote soit pris. Ils désiraient ainsi vérifier le degré d'adhésion aux différentes résolutions et permettre à ceux qui le souhaitaient d'exprimer leur dissidence le cas échéant. Malgré tout, sur les 74 décisions, 18 n'ont fait l'objet d'aucune résolution, soit par défaut d'animation, ou parce que le consensus paraissait suffisamment clair pour que personne ne demande le vote. Pour les fins de la présente recherche, quand il est mentionné au procès-verbal que les membres ont convenu clairement d'une décision par voie de consensus, cet élément a été répertorié et analysé (soit pour 18 décisions).

L'objet d'une résolution pouvait être parfois d'une portée très limitée et en d'autres circonstances concerner des enjeux vastes et complexes. Une résolution portait sur le retrait d'un seul mot dans un document de travail alors qu'une autre portait sur l'adoption de chapitres entiers. Ces écarts sont attribuables à l'intérêt plus ou moins grand des membres pour certains enjeux, à l'intensité des débats qui faisait oublier parfois la procédure, à la rigueur ou aux caprices de l'animation du groupe, peut-être tout autant qu'à l'inexpérience des uns et des autres en matière de « pédagogie participative » et des règles de fonctionnement d'une assemblée délibérante.

Afin d'évaluer la contribution des membres du comité tripartite nous avons accordé une attention particulière aux documents déposés. Plusieurs centaines de pages ont été transmises aux membres du comité tripartite pour fin d'information ou d'approbation. Si la grande majorité de ces documents provenaient du CSSSM, certains ont été rédigés par des comités de travail ou suite aux enquêtes et aux consultations régionales et publique. Cette masse d'informations et d'opinions devait soutenir le processus de prise de décision au sein du comité tripartite, parfois au désespoir des membres qui se sont plaints de l'abondance des documents, trop techniques et reçus trop souvent tardivement, certains étant même déposés séance tenante (Fleury, 1996).

Selon la liste des documents déposés, (annexe II), 71 documents ont été transmis au comité tripartite (sans compter les ordre du jour, les procès-verbaux et les documents relatifs aux travaux de la Phase I ³). Ils ont été expédiés par courrier avant la tenue de la réunion ou déposés sur place. Que ce soit sous forme de textes, de tableaux ou de figures, tous ces documents ont totalisé plus de mille pages. Le plus court ne compte qu'une page alors que le plus long atteint 130 pages. Il s'agit dans ce dernier cas de la 4^e version du projet de plan, déposée aux membres du comité tripartite en novembre 1990. Le PROS a connu cinq versions successives reflétant l'évolution des travaux et des délibérations au sein du comité tripartite. Des 71 documents rédigés dans le cadre de la réalisation du PROS, 21 ont été transmis aux membres du comité tripartite pour adoption, en tout ou en partie, les autres ont été distribués à titre de documents d'information ou en tant qu'outils de travail pour soutenir le processus de prise de décision.

³ On dénombre 14 documents transmis dans le cadre des travaux de la Phase I, pour un total de 283 pages. Parmi ces documents 12 ont été transmis pour adoption par le comité tripartite.

C'est donc à partir de l'étude des décisions prises par les membres du comité tripartite et à partir du sort réservé aux recommandations qui lui ont été soumises, que ces recommandations soient documentées ou non, que nous allons évaluer la contribution des membres du comité tripartite à la négociation des différents enjeux du PROS.

À propos de la gestion du processus de planification trois éléments ont retenu l'attention du comité tripartite, soit les modalités de travail et la méthodologie de réalisation du PROS, le mandat et la composition des comités tripartites sous-régionaux, et en troisième lieu, la préparation de la consultation sous forme d'enquêtes d'abord et ensuite sous forme de sondage et d'audiences publiques. Les décisions relatives à ces enjeux sont présentées au tableau 25.

Les membres du comité tripartite ont pris six « décisions » concernant les modalités de travail: ils ont élu une présidente, adopté la méthodologie de travail et l'échéancier, simplifié l'objectif de la planification régionale énoncé dans la 3^e version du PROS, demandé un débat sur « la philosophie » du plan et désigné deux sous-comités de travail, mandaté de manière ad hoc dans le premier cas pour clarifier les clientèles-cibles en intervention de crise et en services spécialisés et dans le second cas, il est mandaté pour la révision « sémantique » du document.

Les rencontres du comité tripartite étaient animées par une présidente, siégeant à titre de représentante des Commissions scolaires de la Montérégie, élue lors de la 1^{ère} réunion du comité tripartite. À titre de membre du défunt Comité permanent en santé mentale de la Montérégie et de surcroît en tant que membre de l'exécutif de ce même comité, elle avait gagné l'estime des personnes l'ayant côtoyée. Lors des absences occasionnelles de la présidente et suite à sa démission pour affaires personnelles, à partir de la 13^e réunion du comité tripartite, la directrice de la planification et de l'évaluation des services en Montérégie, à la demande des membres du comité tripartite, la remplaçait dans ses fonctions d'animation. Aucun des autres membres ne désirait assumer cette responsabilité, craignant d'être privé, du moins en partie, de son droit de parole dans l'exercice de cette fonction. La directrice a ainsi présidé cinq réunions, et en son absence deux autres réunions ont été partiellement animées par des personnes de la Direction de la coordination des services à la clientèle.

La plupart du temps le comité délibérait en séance plénière. A une occasion, à la suggestion du CSSSM les membres se sont séparés en six sous-groupes pour étudier les « objectifs stratégiques pour les divers niveaux de services », soit lors de la 2^e

réunion du comité tripartite. À la demande des membres qui ont adopté une résolution à cet effet, un sous-comité de 3 personnes a été mandaté pour préparer séance tenante une définition des « clientèles-cibles », lors de la 6^e réunion du comité tripartite. Un sous-comité a également été mandaté pour procéder à la révision linguistique du PROS. En outre, dans le cadre de la consultation élargie, un autre comité a été formé à la demande des membres pour préparer une recommandation sur les modalités de consultation et un dernier comité a été formé, désignant les « commissaires » qui ont assisté aux audiences publiques et préparé les recommandations suite à la consultation élargie.

L'ordre du jour était préparé par la conseillère responsable de la coordination du plan et autorisé par la direction de la planification et de l'évaluation des services. Sur les quinze réunions les membres n'ont modifié l'ordre du jour proposé qu'à une seule occasion, soit pour réviser la composition des comités tripartites sous-régionaux. Si, les membres du comité tripartite ont eu peu d'influence en général sur la délimitation du contenu des travaux, puisque leur mandat était balisé par le MSSS et que le CSSSM agissait comme maître d'oeuvre au niveau de la méthode et du processus de planification, ils ont progressivement assumé une part plus importante du leadership concernant « l'agenda des négociations ». C'est à la demande du comité tripartite qu'un débat sur la « philosophie de plan » a fait l'objet principal d'une réunion du comité, soit la 8^e. Ce débat a eu une grande influence sur le contenu du plan et s'est poursuivi au cours des réunions ultérieures du comité tripartite.

Les membres du comité tripartite ont adopté, par voie de consensus, la méthodologie de travail et l'échéancier, préparés par le CSSSM, lors de leur première réunion. Les notes au procès-verbal témoignent d'une transmission d'information plutôt que de la tenue d'un débat: aucune modification n'a été apportée au document déposé. Parmi les six décisions prises par le comité tripartite concernant les modalités et la méthodologie de travail, cinq ont été unanimes, une seule a été adoptée à la majorité. Deux des résolutions ont porté sur des documents produits par le CSSSM en collaboration avec les groupes de référence, et concernaient la méthodologie de travail et les objectifs de la planification régionale. La méthodologie de travail et les échéanciers, qui ont été révisés à plus d'une reprise, ont été contrôlés par le CSSSM.

Si les membres du comité tripartite ont peu contribué au choix des méthodes de travail, ils ont par ailleurs accordé beaucoup d'attention aux structures de participation au PROS. Cinq décisions ont porté sur les comités tripartites régional et sous-régionaux et

cinq ont porté sur la préparation de la consultation élargie. L'analyse de ces décisions révèle que ces aspects ont bel et bien été contrôlés par les membres du comité tripartite qui ont rejeté ou reformulé de manière importante les propositions préparées par le CSSSM. On doit noter cependant l'intervention du MSSS sur la tenue d'une consultation publique, qui a forcé le CSSSM et les membres du comité tripartite à formuler une nouvelle proposition.

Les membres du comité tripartite ont été très soucieux de s'assurer de la participation de tous les partenaires concernés, que ce soit au niveau des comités tripartites sous-régionaux, dans le cadre des enquêtes menées auprès des personnes et des familles ou par le biais de la consultation, la plus large participation était recherchée. Sur les dix résolutions prises concernant les structures de participation et la préparation de la consultation, huit ont été unanimes ou consensuelles, alors que deux ont été prises à la majorité des voix (10/16 et 11/16). Les deux résolutions ayant suscité des désaccords portaient sur la composition des comités tripartites sous-régionaux, dont le nombre de membres était porté de 9 à 15 personnes.

Si les membres du comité tripartite n'avaient aucun pouvoir sur la nature de leur mandat qui avait été circonscrit par le MSSS, ni sur la composition de leur groupe déterminée par le Conseil régional, en conformité avec les directives ministérielles, ils ont tenté au cours du processus de planification de s'approprier ce mandat. Nous avons déjà mentionné la correspondance entre le mandat confié par le MSSS et le contenu du plan et nous avons constaté que les intérêts de membres dépassaient l'aire de négociation dont ils disposaient. Entre le MSSS et le Conseil régional, les membres ont tenté d'accroître l'aire de négociation à leur disposition.

À l'analyse des décisions entérinées par le comité tripartite il apparaît que le CSSSM ait dominé la gestion du processus de planification en ce qui concerne l'échéancier, la préparation des rencontres, les modalités et les méthodes de travail. Les membres ont joué un rôle très actif et contrôlé les débats sur la composition des comités tripartites sous-régionaux et la préparation de la consultation. Ils ont par ailleurs progressivement assumé un plus grand leadership sur l'agenda des négociations en exigeant un débat sur les valeurs fondatrices de l'organisation des services en Montérégie.

Tableau 25: La gestion du processus de participation

Date	Enjeux	Source	Doc	Délibération, modifications	Score
Modalités de travail et méthodologie					
10/5 #1	Présidence	membres	n/a	la présidente « est désignée et élue à l'unanimité »	U
10/5 #1	Méthodologie et échéancier	CSSSM	A	<i>Un document est déposé présentant les phases, les mandats et l'échéancier des travaux. (22p)</i> « Les participants et participantes font consensus »	C
18/4 #6	Objectif de la planification régionale	CSSSM/ groupes référence	m	Une modification est apportée quant à la formulation de l'objectif de la planification régionale, énoncé dans la <i>3^e version</i> du projet de plan.	C
18/4 #6	sous-comité pour les clientèles cibles	1 membre		Une résolution est adoptée à l'effet qu'un sous-comité rédige séance tenante une définition des clientèles-cibles des niveaux d'intervention	9P 5C 2A
19/4 #7	Débat sur les orientations	membres		Les membres demandent qu'un débat ait lieu sur la « philosophie de fond » du plan. Une réunion spéciale est convenue.	C
27/6 #10	Révision linguistique	CSSSM membres		« Les membres sont favorables à la formation d'un groupe de lecture ». Quatre personnes sont désignées.	C
Mandat et composition des comités tripartites sous-régionaux					
14/12 #3	Comités tripartites sous-régionaux	CSSSM	m	<i>Mandat, composition et modalités de nomination (3p)</i> Adopté avec une précision pour la composition d'un poste au 1 ^{er} tiers	U
23/1 #4		membres		Les membres demandent que la composition des comités tripartites sous-régionaux soit révisée, de neuf à quinze.	10P 5C 1A
		membres		La composition du 1 ^{er} tiers est complètement révisée.	11P 4C 1A
12/3 #5	comité tripartite régional et comités tripartites sous-régionaux	CSSSM	A Rejet	<i>Document décrivant les liens entre les structures et leurs responsabilités respectives quant au processus d'élaboration et de mise en oeuvre du PROS (1p) dans le cadre de la révision des structures participatives du CSSSM.</i> Les membres se prononcent en faveur du maintien du comité tripartite après l'adoption du plan régional Ils rejettent la proposition soumettant les comités tripartites sous-régionaux en santé mentale, aux futures tables de concertation sous-régionales pour toutes les clientèles, et adoptent une résolution concernant les liens directs du comité tripartite régional avec les comités tripartites sous-régionaux.	U U
Préparation de la consultation élargie					
12/3 #5	Formation d'un sous-comité sur la proposition de consultation	CSSSM	rejet	<i>Une proposition est déposée par le CSSSM, à l'effet que les travaux avec les tables sous-régionales tiennent lieu de consultation élargie (1p).</i> Les avis sont partagés sur cette question. Adoption d'une résolution mandant un sous-comité de travail pour préparer une proposition sur la consultation auprès des personnes et des familles; 3 personnes du comité tripartite sont déléguées.	U
27/6 #10	Consultation sous forme d'enquête	sous-comité	A	<i>Recommandation (1p) pour une consultation qui prendrait la forme d'une enquête auprès de 150 personnes.</i> Adoptée à l'unanimité.	U
17/9 #11	Consultation publique avec audiences	(MSSS) CSSSM		Le CSSSM rappelle aux membres que le Ministère exige que la consultation soit publique. « les membres conviennent d'une consultation sous forme d'audiences sous-régionales »	C
2/11 #12	Désignation des commissaires	membres		Les membres expriment leur satisfaction sur le déroulement prévu des audiences. Les commissaires sont désignés.	C
9/1 #13	Motion de félicitations	1 membre		Une motion de félicitations est votée et sera transmise aux personnes qui se sont chargées de la consultation sous forme d'enquête.	U

L'analyse des besoins de la population était présentée dans le 3^e chapitre du PROS, elle incluait le but de l'ensemble des services, la description des problématiques en fonction de trois clientèles-cibles, les buts de l'intervention pour chacune de ces clientèles, la liste des programmes à leur offrir, les normes permettant de calculer le nombre de personnes ayant besoin de services et la quantité de ressources humaines et financières requises pour répondre à ces besoins. Une section de ce même chapitre portait sur les « clientèles particulières », sans incidence toutefois sur la répartition des ressources; il s'agissait dans ce cas d'adapter les programmes existants et de coordonner les activités des différents réseaux de services, plutôt que de développer des services particuliers.

La rédaction du 3^e chapitre du PROS et les enjeux afférents, ont dominé les délibérations du comité tripartite pendant trois réunions, soit la 2^e, la 6^e et la 7^e. Cette question a été traitée une dernière fois pour donner suite à la consultation élargie, avec des modifications mineures adoptées par le comité tripartite.

Les documents concernant la « délimitation du champ d'intervention » ont été rédigés par le CSSSM en collaboration avec les groupes de référence. Nous avons déjà souligné l'apport particulier du groupe de prévention-promotion qui a assumé la rédaction de la section concernant ce niveau d'intervention. Les membres du comité tripartite ont accordé une attention particulière à certains éléments clefs de cette section du plan soit aux énoncés du but de l'ensemble des services, des buts pour chacun des niveaux d'intervention et au répertoire des programmes. Ces éléments ont été adoptés une première fois lors de la 2^e réunion du comité tripartite et révisés dans le cadre de l'adoption de la 2^e version du PROS, pendant les 6^e et 7^e réunion du comité tripartite. Dans cette seconde version « des objectifs stratégiques ont également été formulés. Ces objectifs ne visent pas un changement dans l'état de santé mentale de la population cible mais plutôt un changement dans l'organisation des services » (2^e version, p.25). Ils ont été rédigés en collaboration avec les groupes de référence pour chacun des niveaux de services, et à ce titre ils ont fait partie au départ, des travaux sur l'analyse des besoins. Ces objectifs stratégiques seront soumis en consultation auprès des tables sous-régionales et seront finalement inclus dans le PROS, au chapitre cinq sur la planification des services, après avoir été réorganisés en fonction de trois sphères de responsabilités du CSSSM.

Lors de la 3^è réunion un représentant du 2^è tiers présentait une résolution, séance tenante, recommandant l'ajout, au but de l'ensemble des services en Montérégie, d'une phrase extraite de la Politique de santé mentale, à l'effet de reconnaître le rôle des organismes communautaires et considérant la contribution des services publics comme complémentaires à de l'implication des personnes, de leur famille et de la communauté.

« Il importe de reconnaître que la contribution des services publics représente, dans la réponse aux besoins des personnes, un complément à celle des personnes elles-mêmes, de leur famille, de leurs proches et de la communauté. L'apport des organismes issus de la communauté est particulièrement manifeste en santé mentale » (Politique de santé mentale, p.49).

Cette proposition a soulevé « certaines controverses entre les établissements du réseau et les organismes issus de la communauté. Ce qui importe c'est d'éviter de créer un dualisme entre les ressources communautaires et les établissements et de faire attention de ne pas camper une faction contre l'autre » (PV, p 15). Certains considéraient qu'il était trop tôt pour aborder la question de la répartition des responsabilités entre les distributeurs de services et une résolution a été soumise par un membre, à l'effet de reporter ce débat à une date ultérieure. La proposition de report ayant été rejetée, les membres demandaient le vote sur la première proposition de modification du but des services qui était rejetée à 9 contre 8, avec deux abstentions. Alors que toutes les autres résolutions ont été adoptées par voie de consensus ou à l'unanimité concernant « la délimitation du champ d'intervention » la question du rapport entre le public et le communautaire a fait l'objet de délibérations conflictuelles. La tentative du réseau communautaire d'inscrire la reconnaissance de leur contribution dès l'énoncé du but des services était repoussée.

Tout de suite après le rejet de cette proposition un autre membre, représentant du 2^è tiers, manifestait son insatisfaction quant au déroulement des travaux au sein du comité tripartite et un débat s'en est suivi. Dès la seconde réunion, les bases de l'ensemble du plan avaient été adoptées à partir des travaux réalisés par le CSSSM et les groupes de référence, et les membres du comité tripartite se sentaient bousculés ou même exclus du processus de prise de décision qui leur échappait semble-t-il. Par ailleurs on déplorait les tensions entre le réseau public et les organismes communautaires. Ces derniers trouvaient la démarche technocratique et se sentaient peu préparés pour suivre, participer et contrôler une telle démarche. Il est écrit au procès-verbal de manière fort laconique que « les membre trouvent l'atmosphère lourde et expriment leurs inquiétudes face à leur rôle à l'intérieur du comité tripartite en santé mentale »(PV p16).

Ce débat est riche d'enseignements sur la question de la pédagogie participative qui faisait défaut aux conseils régionaux pour soutenir la participation des personnes représentant la communauté. Le CSSSM était lui-même ambivalent face à son rôle vis-à-vis du comité tripartite: l'un optait pour une vision plus technocratique et spécialisée, affirmant que le rôle de la permanence était de préparer les documents pour adoption par le comité tripartite et que la qualité de ces documents serait garante de leur adhésion, l'autre envisageait le rôle de la permanence davantage sous l'angle de l'animation et du soutien au processus de décision. Cette même ambiguïté a été énoncée par différents membres du comité tripartite, interrogés par Marie-Josée Fleury, dans le cadre d'une recherche effectuée précisément en Montérégie sur le PROS en santé mentale. Pour certains,

« les réunions étaient dictées selon les orientations et la méthodologie de la régie régionale, l'absence de pédagogie de participation et de formation lors des réunions entravaient l'efficacité des réunions, enfin, l'impression d'entériner des décisions déjà prises était manifeste [...] Pour ces différentes raisons, certains iront même jusqu'à remettre en question l'existence de ces comités ». Néanmoins, pour d'autres « c'est en partie le rôle de la régie de tisser les grandes lignes et de préparer les réunions, ce qui leur fait dire qu'ils avaient l'impression de jouer un rôle important » (Fleury, 1996, p.112).

Tableau 26: La délimitation du champ d'intervention

Date	Enjeu	Source	Sort	Document et délibération	Score
31/8 #2	But des services objectifs, répertoire des programmes	Groupes de référence CSSSM	M	<i>Six documents (12p), extraits du 1er rapport d'étape (56p).</i> Des sous-comités sont formés et se répartissent l'étude des six documents. Des modifications sont apportées à l'objectif général, et aux objectifs stratégiques pour tous les niveaux, et deux programmes sont ajoutés pour les services spécialisés 0-18, 65 et plus.	C
14/12 #3	But de l'ensemble des services (Répartition des responsabilités)	1 membre	rejet rejet	1 membre du 2 ^e tiers dépose une proposition séance tenante (1p) visant à ajouter à l'objectif global des services une mention privilégiant la contribution des organismes communautaires en santé mentale. Une proposition de report de cette discussion est rejetée Les membres procèdent donc à l'étude de la proposition qui sera rejetée. « Les membres trouvent l'atmosphère lourde et expriment leurs inquiétudes face à leur rôle à l'intérieur du comité tripartite en santé mentale ».	3P 16C / 8P 9C 2A
18/4 #6				<i>Une 2^e version du projet de plan est déposée comportant 73p.</i> Plusieurs des éléments de ce chapitre avaient été adoptés dans le premier rapport d'étape. Une partie du document déposé par le groupe de promotion et de prévention est intégrée à ce document. Les membres étudient page par page le chapitre présentant les buts et les objectifs stratégiques auxquels ils vont apporter quelques modifications, au cours de la 6 ^e et 7 ^e réunion	
	Révision du but des services	(1 ^{ère} version)	m	Une modification mineure est apportée à la formulation du but de l'ensemble des services.	C
	Clarification des clientèles cibles		Ajout	Une résolution est adoptée, sur recommandation d'un comité formé séance tenante, concernant la définition des clientèles-cibles, des niveaux de première ligne et des services spécialisés	U
	But et objectifs stratégiques en promotion	1 membre des DSC	Ajout m	Le but des services en promotion et prévention est ajouté par un membre. Une modification est apportée au texte d'un objectif stratégique au niveau de la prévention et de la promotion	C
	Problématique et objectifs en promotion et prévention	Groupe de référence promotion-prévention		<i>La proposition du groupe de travail en promotion et prévention a été remise aux membres (22p).</i> Cette proposition a été intégrée en partie au projet de plan. « les membres prennent connaissance de la proposition du groupe de travail et sont d'avis que cette proposition s'appuie sur des stratégies efficaces et reflète bien la réalité »	C
19/4 #7	Révision du but, des objectifs stratégiques, du répertoire des programmes de 2 ^e et 3 ^e ligne.	(1 ^{ère} version)	m ajout ajout m Ajout	Les membres poursuivent la révision du chapitre sur les buts et les objectifs stratégiques 5 modifications mineures sont apportées aux objectifs stratégiques 4 modifications concernent l'ajout des clientèles à problèmes multiples 3 modifications concernent l'ajout d'un programme et deux précisions quant au nom de deux programmes Une résolution, présentée par un membre est adoptée concernant le retrait du mot « psychiatrique » dans les noms des programmes. Le programme communautaire d'information, d'entraide, de protection et de défense des droits, d'évaluation et d'orientation est ajouté	C C C M U
9/1 #13	Précisions quant aux clientèles cibles suite à la consultation	sous-comité sur les audiences	A	<i>Le Rapport de consultation élargie (61p) proposait 7 modifications (1p) parmi lesquelles 2 concernent l'analyse des besoins.</i> -au niveau des services spécialisés destinés aux jeunes, scinder les 0-18 en deux: 0-12 et 12-18 ans; - préciser les clientèles cibles et se préoccuper en collaboration avec les différents secteurs de services concernés des personnes éprouvant des troubles multiples...	U

Une seconde dimension de l'analyse des besoins présentée dans le 3^e chapitre du PROS, concernait les « normes de services requis ». Ces normes permettaient de dénombrer les personnes ayant besoin de services et de calculer la quantité de ressources humaines et financières requises pour chacun des programmes retenus. Les quatre résolutions de cette section ont été adoptées à l'unanimité.

Cet enjeu a été traité lors de la 7^e réunion du comité tripartite. Pour effectuer cette tâche le CSSSM avait recensé et analysé divers indicateurs provenant de recherches ou d'analyses de consommation de services et avait soumis ses recommandations pour chacun des programmes, sous forme de tableau. Les membres du comité tripartite ont étudié ces critères un par un, et les ont adoptés avec quelques modifications.

Tableau 27: Les normes de services requis

Date	Enjeu	Source	Sort	Document et délibération	Score
19/4 #7	% de population visée pour chacun des niveaux	CSSSM	M	<i>La 2^e version du projet de plan proposait un pourcentage de population à desservir pour chacun des niveaux, soit 84% en promotion-prévention, 10% en première ligne et 5,6% en services spécialisés.</i> Une proposition est présentée et adoptée par les membres à l'effet de fixer ces taux à 100%, 10% et 5,6%. C'est une modification importante en faveur de la promotion-prévention	U
19/4 #7	% de population visée pour chacun des programmes	CSSSM	m	<i>Un tableau de la 2^e version propose un taux de clientèle à desservir pour chacun des 29 programmes.</i> «les membres prennent connaissance de l'analyse de besoins » dans la 2 ^e version du plan déposée à la 6 ^e réunion et étudient ces taux un par un. Un taux est rejeté et sera réévalué, un autre taux, soit celui du programme de réadaptation avec hébergement est fixé à la hausse	U
19/4 #7	Quantité des services requis pour la clientèle de chacun des programmes	CSSSM	m	<i>Un tableau de la 2^e version propose des normes des services requis pour les 29 programmes.</i> Les normes sont étudiées une par une. Une proposition est adoptée avec trois modifications à la hausse pour le programmes de réadaptation avec hébergement chez les adultes et les personnes âgées, et pour le programme communautaire d'information, d'entraide de protection et de défense des droits.	U
17/9 #11	Modification pour sur les services requis	CSSSM	A	<i>CSSSM : 3^e version du plan</i> Deux modifications aux normes de services requis sont suggérées par le CSSSM et font l'objet d'une résolution	U

Lors de la 11^e réunion ils adoptaient également une modification pour deux normes à la suggestion du CSSSM. La contribution du comité tripartite la plus importante quant aux normes de services concernait une modification de la clientèle-cible du niveau de promotion et prévention. La clientèle-cible était ainsi augmentée et passait de 84% à 100% de la population.

Les tableaux 28 et 29 présentent les résolutions adoptées par les membres du comité tripartite concernant la planification stratégique et opérationnelle. Ces résolutions portaient sur le contenu du chapitre cinq et six du PROS. Les enjeux du chapitre cinq traités ici comprennent la définition des trois sphères de responsabilités, « les orientations, les objectifs stratégiques et les recommandations » inscrites dans le 5^e chapitre du PROS.

C'est à la demande des membres du comité tripartite et plus particulièrement des représentants du 2^e tiers, qu'il a été convenu de tenir une réunion spéciale afin de discuter de:

« la philosophie de fond, soit un plan d'organisation de services différent ou un plan d'organisation de services dans la ligne traditionnelle et institutionnelle. Vu l'importance de cette question, les membres conviennent à l'unanimité de clore le débat et de reconduire ce point à l'ordre du jour d'une réunion spéciale du comité tripartite » (PV, p45).

Lors de la 7^e réunion du comité tripartite, les membres se sont penchés sur l'identification de 17 valeurs et sur leur définition, valeurs devant guider l'organisation des services de santé mentale en Montérégie. Des valeurs comme la primauté de la personne, le partenariat, la liberté de choix, la préférence accordée à des services offerts dans le « milieu de vie » de la personne, la participation de la « communauté » à la planification et à la coordination des services, l'équité dans la répartition des ressources, la flexibilité, la décentralisation vers les sous-régions, etc., sont devenues les assises idéologiques de l'organisation des services en Montérégie. Ces valeurs et ces principes ont été intégrés sous formes « d'orientations régionales » dans la 3^e version du PROS à laquelle les membres ont apporté des modifications mineures. Elles apparaissaient finalement au 5^e chapitre du PROS, après avoir été réorganisées en fonction de 3 sphères de responsabilités.

Comme nous l'avons déjà mentionné les objectifs stratégiques ont été initialement formulés par les groupes de référence, en fonction de trois niveaux d'intervention et avaient été adoptés par le comité tripartite en août 1989. L'un de ces objectifs a été révisé

lors du dépôt de la 2^e version du PROS en avril 1990, l'ensemble des objectifs stratégiques a ensuite été soumis en consultation auprès de tous les comités tripartites sous-régionaux. Ces derniers ont suggéré plusieurs modifications et quelques ajouts: ces recommandations rapportées dans un rapport rédigé par le CSSSM ont presque toutes été adoptées intégralement par les membres du comité tripartite.

Deux enjeux ont fait l'objet de dissensions au sein des comités tripartites sous-régionaux soit la question de la clientèle suicidaire, qui pour une région ne devait pas être incluse dans le PROS en santé mentale et la question de l'adaptation des services aux besoins des femmes, objectif auquel plusieurs se sont opposés. Le comité tripartite a tranché en faveur de ces deux clientèles qui ont été maintenues dans le PROS en santé mentale. Certains objectifs ont été révisés une dernière fois suite à l'enquête menée auprès des personnes et des familles et suite à la consultation.

Afin d'opérationnaliser les orientations et les objectifs stratégiques, des recommandations ont été ajoutées au 5^e chapitre et un plan d'action a été rédigé et présenté dans le 6^e chapitre. Les 41 recommandations rédigées par le CSSSM ont été étudiées et adoptées une par une par le comité tripartite lors de sa 12^e réunion et les membres y ont apporté des modifications mineures. Le plan d'action également rédigé par le CSSSM a été déposé à la 15^e et dernière réunion du comité tripartite et adopté assez rapidement avec des modifications mineures.

Sur les 18 « décisions » du comité tripartite concernant la planification stratégique et opérationnelle, 12 ont fait l'objet de résolutions adoptées à l'unanimité, 3 ont été prises par voie de consensus, alors que 3 ont été prises à la majorité des voix. L'adaptation des services aux besoins des femmes a suscité 2 oppositions, et l'inclusion des clientèles suicidaires au PROS a provoqué 1 abstention. Une résolution a obtenu un résultat serré avec 7 votes favorables et 6 votes contre, concernant la demande de budget de développement de 45 millions adressée au MSSS, pour les 3 années à venir. Certains membres craignaient que cette demande soit perçue comme trop élevée par le MSSS, alors que d'autres estimaient qu'elle était insuffisante pour combler l'écart important que connaissait la Montérégie par rapport aux autres régions. Cette demande sera finalement réévaluée par le conseil d'administration du CSSSM, qui maintiendra le montant demandé mais modifiera les délais qui y sont associés. Il apportera cette unique modification au PROS que lui transmettra les membres du comité tripartite après l'avoir adopté.

Contrairement à la gestion du processus de planification et à l'analyse des besoins qui ont été dominés par le CSSSM, il apparaît que la planification stratégique a été contrôlée par les participants et participantes des groupes de référence et des comités tripartites sous-régionaux et par les membres du comité tripartite régional, plus spécialement par les représentants du 2^e tiers qui ont fait reconnaître explicitement une philosophie d'intervention communautaire, privilégiant l'engagement de la communauté et le développement de ressources communautaires. Quant aux aspects plus techniques et opérationnels des chapitres cinq et six, on peut conclure que c'est le CSSSM qui en a assumé le leadership. Les aspects plus opérationnels incluant les recommandations et le plan d'action n'ont dominé aucune rencontre et ont été traités assez rapidement par les membres du comité tripartite si on les compare aux autres enjeux.

Tableau 28: La planification stratégique opérationnelle

Date	Enjeu	Source	Sort	Document et délibération	Score
18/4 #6	Révision d'un objectif stratégique	(1ère version)	m	<i>Dépôt de la 2è version du plan</i> Une résolution est adoptée concernant un ajout sur l'adaptation des services aux besoins «notamment des femmes, des personnes d'expression de langue néo-québécois/ses »	13P 2C
4/5 #8	Formulation des orientations	membres		A la demande des membres une discussion sur les orientations et les valeurs devant guider la réorganisation des services a lieu. Deux membres exposent leur vision de la philosophie de base du plan qui doit être centré sur la personne et soutenir le partenariat entre les institutions et les ressources communautaires. Une résolution est formulée et adoptée concernant 17 valeurs et leur définition sur lesquelles se fonde l'organisation des services souhaitée. Les résultats de cette discussion vont produire littéralement les « orientations régionales.	U
27/6 #10	Révision des objectifs d'intervention et objectifs stratégiques	comités tripartites sous-régionaux CSSSM	m A	<i>Une synthèse des recommandations suite à la consultation des comités tripartites sous-régionaux (49p) rédigée par le CSSSM est déposée pour adoption.</i> Deux résolutions sont adoptées suite à cette consultation. adoption d'une modification sur la clientèle-cible des personnes suicidaires. Adoption d'une résolution donnant suite aux recommandations des sous-régions.	U 16P 1A
17/9 #11	Adoption des orientations	membres	m	<i>Une 3è version du projet de plan mis à jour est déposée aux membres (118pages) comprenant deux nouveaux chapitres sur la description des services et la planification des services.</i> Trois modifications mineures sont apportées au texte concernant 3 des 11 orientations qui ont été rédigées à partir des travaux du comité tripartite.	C
2/11 #12	recommandations	CSSSM	m	<i>Un document (8 pages) présentant sous forme de tableaux les « orientations, les objectifs et les recommandations » réorganisés en fonction de quatre « sphères de responsabilités » est déposé aux membres et ajoute 41 « recommandations » ont été formulées par le CSSSM afin d'opérationnaliser les orientations et les objectifs stratégiques.</i> « Les membres étudient les propositions de recommandations une par une ».Des modifications mineures sont apportées aux énoncés des recommandations.	C

Tableau 29: Révision de la planification stratégique et opérationnelle

Date	Enjeu	Source	Sort	Document et délibération	Score
9/1 #13	Modifications des objectifs stratégiques et recommandations	Enquête		<i>Le Rapport de consultation et les recommandations du Collectif de défense des droits de la Montérégie est présenté. Six résolutions sont adoptées, reprenant presque intégralement les recommandations du rapport déposé quant à l'énoncé des objectifs. Certains des « moyens » suggérés ne sont pas retenus.</i>	
			M	Le Collectif demande que les personnes soient prioritaires au 2 ^e tiers des comités tripartite régional et sous-régionaux; le principe de la participation des personnes est retenu, sans accord sur leur majorité.	U
			A	De développer la promotion et le respect des droits des personnes,	U
			A	De prendre des mesures concernant les ressources illicites	U
			m	De s'assurer que les personnes aux prises avec des troubles d'ordre mental participent aux projets de sensibilisation et d'information auprès de la communauté...	U
			m	De favoriser la création de ressources alternatives et communautaires dans la communauté...	U
9/1 #13	Ajustement d'un objectif stratégique	Enquête	A	<i>Rapport des groupes d'entraide propose la participation des usagers et usagères aux structures de planification des programmes et à l'évaluation des services. « Pour ce faire, que les structures consultatives et décisionnelles soient adaptées aux personnes et non l'inverse ».</i> Une résolution comportant trois recommandations est votée, celle-ci est retenue, sans modification.	U
9/1 #13	Modifications aux recommandations	Enquête	A	<i>Le rapport de la consultation auprès du comité avisier à la condition de vie des femmes est déposé(4p).</i> <i>Une résolution concerne des modifications mineures à 10 des « recommandations » du plan et l'ajout d'une recommandation. Cette résolution est adoptée par le comité tripartite.</i>	U
9/1 #13	Programmation des services en tenant compte des besoins des femmes (plan d'action)	Consultation	A	<i>Une résolution du comité avisier à la condition de vie des femmes comporte six paragraphes sur la programmation des services pour tenir compte des besoins des femmes.</i> Adoptée intégralement par le comité tripartite.	U
24/1 #15	Adoption des chapitres cinq et six Orientations, recommandations et plan d'action	version antérieure	m	<i>Les chapitres cinq et six sont déposés (58p) aux membres. Le chapitre cinq a été rédigé à partir de l'ensemble des recommandations formulées dans le courant des travaux le chapitre six propose un plan d'action</i> Des modifications mineures sont apportées au texte et trois résolutions sont adoptées. 9 modifications mineures sont apportées au texte	C
			m	Une résolution apporte une modification mineure concernant les instances de participation régionale et sous-régionales pour toutes les clientèles	U
		CSSSM	M	Une résolution porte sur une demande budgétaire au MSSS de 15M pour 91, <u>et de 10M pour chacune des deux années subséquentes.</u>	7P 6A
			m	Une résolution propose l'adoption des chapitres cinq et six, moyennant les modifications suggérées	U

Le tableau 30 présente les délibérations relatives à la répartition des responsabilités entre les distributeurs de services. Cet enjeu a dominé à lui seul 4 des quinze réunions du comité tripartite et devait être considéré comme le plus important du point de vue de plusieurs acteurs en présence. Comme nous l'avons mentionné dans l'analyse de la représentativité des groupes d'intérêts, la plupart des participants et participantes des 1er et 2è tiers étaient des distributeurs de services en santé mentale, que ce soit dans le secteur public ou le secteur communautaire.

La méthode de travail consistait à identifier pour chacun des programmes, la ou les catégories de distributeurs habilités à offrir ce programme. Cette tâche a été réalisée une première fois par les membres du comité tripartite lors de la 8è réunion (avril 90). Les membres ont procédé programme par programme, pour identifier les « distributeurs de services » pour les niveaux d'intervention de crise et des services spécialisés, cette tâche a requis environ 1 1/2 journée de « négociations ». Afin d'éviter les conflits et obtenir l'adhésion de tous, les membres ont opté pour une formule octroyant à plus d'une catégorie de distributeurs la possibilité d'offrir un programme. Après avoir constaté que le travail ainsi obtenu n'offrait qu'une image assez confuse et indistincte des rôles respectifs, les membres du comité tripartite ont alors décidé de reprendre l'ouvrage, cette fois-ci en désignant des « distributeurs principaux » parmi ceux qui avaient antérieurement été désignés. Cette tâche a occupé les membres du comité tripartite pendant une partie importante de la 10è rencontre.

Ils avaient au préalable adopté une résolution apportée par le CSSSM, clarifiant le « modèle d'organisation des services ». Cette proposition de huit pages précisait les responsabilités respectives des niveaux régional, sous-régional et local en matière d'organisation et de prestation de services. S'il revenait au comité tripartite de désigner les catégories de distributeurs pouvant offrir un programme, il était du ressort des comités tripartites sous-régionaux « de proposer un modèle d'organisation de services sous-régional, en conformité avec le modèle régional, identifiant quel distributeur particulier doit offrir quel programme spécifique ».

Soumis à la consultation, les résultats des travaux du comité tripartite quant à la répartition des responsabilités ont fait l'objet d'une demande quasi unanime de clarification, plusieurs jugeant que la confusion régnait encore dans les propositions présentées.

Tableau 30: Répartition des responsabilités

Date	Enjeu	Source	Sort	Document et délibération	Score
4/5 #8	Répartition des responsabilités entre les distributeurs	Membres		A partir du répertoire des programmes adopté antérieurement les membres identifient les catégories de distributeurs de services pour chacun des programmes. Au cours de la 8 ^e réunion les membres se prononcent sur les programmes du niveau d'intervention de crise.	C
23/5 #9				La désignation des « distributeurs de services » pour le niveau des services spécialisés est complétée.	C
27/6 #10	« modèle d'organisation des services »	CSSSM	m	<i>Un document préparé par le CSSSM, à partir des discussions menées au sein du comité tripartite, est déposé reprenant les orientations et précisant les responsabilités du CSSSM, des comités tripartites et des distributeurs de services</i> Le « modèle d'organisation de services » est adopté avec une modification mineure sur un mot.	13P 2C 1A
27/6 #10	révision de la répartition des responsabilités	membres	m	À la demandes des membres on reprend la discussion sur la répartition des responsabilités afin d'identifier les « distributeurs principaux de services » pour chacun des programmes du niveau d'intervention de crise et des services spécialisés.	U
9/1 #13	Responsabilités des groupes d'entraide	Enquête	M	<i>Dans leur rapport de consultation les groupes d'entraide demandent qu'on leur confie des responsabilités plus nombreuses à l'égard des programmes</i> Le comité adopte une résolution, à l'effet « d'être davantage explicite, dans le plan régional d'organisation de services, pour reconnaître que les diverses ressources dispensatrices de programmes et services pourront offrir des programmes et services selon les mandats qui leur seront conférés ».	U
9/1 #13	reconnaissance des organismes communautaires et des CLSC	Consultation	O M	<i>Afin de donner suite à la consultation élargie un rapport de consultation est transmis aux membres, (61p). Un sous-comité composé des « commissaires » a proposé 2 modifications concernant la répartition des responsabilités.</i> La 1 ^{ère} est adoptée sans modification et la 2 ^e avec modification. Réviser et préciser le modèle d'organisation de services et les différents concepts; Clarifier au niveau de l'ensemble des services les notions de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Favoriser une plus grande reconnaissance de l'implication des organismes communautaires et des CLSC parmi (au lieu de comme) les acteurs principaux en prévention primaire et en promotion de la santé mentale;	U
18/1 #14	Répartition des responsabilités	Consultation	m	<i>Une grille préparée par le CSSSM, à partir des décisions déjà prises, propose de réduire le nombre de « distributeurs principaux » et les collaborateurs pour chacun des programmes afin de donner suite à la consultation</i> Les membres vont préciser les concepts de collaboration et réexaminer la répartition des responsabilités pour chacun des programmes. Adoption d'une résolution précisant les rôles respectifs « des distributeurs principaux », des collaborateurs, des comités tripartites régional et sous-régionaux.	U
			rejet	proposition d'adopter la recommandation du CSSSM en bloc	
			m	Adoption d'une résolution sur la répartition des responsabilités pour la promotion-prévention confiée aux organismes communautaires, aux DSC et aux CLSC en tant que distributeurs principaux.	U
24/1 #15	Répartition des responsabilité (révision)		m	Le comité poursuit les travaux sur la répartition des responsabilités pour chacune des programmes. Quatre résolutions seront adoptées pour l'ensemble des programmes.	4xU

Dans le cadre de la 14^e et 15^e réunion les membres du comité tripartite révisaient encore une fois leur travail, en tentant de préciser les responsabilités et les modalités de collaboration entre les distributeurs d'un même programme, sans toutefois modifier de manière importante la version antérieure. Pour le niveau de la promotion et de la prévention qui avait d'abord été confié aux DSC dans le cadre de la 10^e réunion du comité tripartite, les résultats de la consultation inscrivaient les CLSC et les organismes communautaires comme des distributeurs à part entière au même titre que les DSC.

La répartition des responsabilités entre les distributeurs de services a été l'enjeu qui a exigé l'investissement le plus important de la part des membres du comité tripartite qui ont contrôlé en tant que groupe la totalité des décisions relatives à cet enjeu, le CSSSM ayant joué un rôle fort marginal à cet égard. Les nouveaux acteurs y ont gagné une reconnaissance accrue, que ce soit les CLSC, les organismes communautaires ou les DSC qui ont vu leur territoire s'étendre considérablement à la faveur de l'élargissement de la notion de santé mentale, dans une perspective communautaire.

Les douze décisions relatives à cet enjeu ont été adoptées à l'unanimité pour neuf d'entre elles, prises par voie de consensus pour deux autres alors que la résolution sur le « modèle d'organisation des services » a recueilli 13 voix, contre 2 oppositions et 1 abstention. Les dissensions portaient semble-t-il sur les responsabilités confiées aux comités tripartites sous-régionaux.

La répartition des ressources est le dernier enjeu que nous analyserons ici et sur lequel les membres du comité tripartite se sont penchés attentivement. Il a dominé une seule réunion mais il a fait l'objet de nombreuses résolutions, (soit 11) dans le cadre de 5 réunions du comité tripartite.

La répartition des ressources était largement tributaire de décisions antérieures, relatives à l'estimation des besoins des clientèles. En effet pour chacun des programmes retenus dans le PROS on calculait à partir des « normes de clientèles, de services et de ressources » quels étaient les besoins financiers pour chacun des niveaux d'intervention, chacun des programmes et chacune des sous-régions. On connaissait le « déficit relatif » calculé en % de chacun de ces éléments⁴ et l'équité devait être

⁴ Les ressources financières en Montérégie en santé mentale s'élevaient à 27 millions, pour un déficit estimé de 157 millions, la Montérégie était la région la plus pauvre du Québec en santé

atteinte en réduisant les écarts entre ces divers éléments. Selon la proposition du CSSSM, adoptée avec des modifications mineures lors de la 11^e réunion du comité tripartite, tout nouveau budget de développement devait contribuer à diminuer les écarts de financement entre les niveaux, puis entre les régions et enfin entre les programmes, dans ce dernier cas en tenant compte non seulement du déficit financier d'un programme mais également d'un ordre de priorité établi par les comités tripartites sous-régionaux.

La question de la répartition des ressources financières entre les ressources alternatives et les établissements a fait l'objet de plus d'un débat au cours du processus de rédaction du PROS soit lors de la 9^e, de la 10^e de la 12^e réunion, à la demande d'un membre du 2^e tiers. Lors de la 13^e réunion les membres du comité tripartite ont reçu deux recommandation des « commissaires » donnant suite à la consultation élargie à l'effet de « rechercher l'équité entre les ressources alternatives et les établissements » et de consolider les ressources alternatives avant de développer de nouvelles ressources. Les membres du comité tripartite adoptaient finalement une résolution visant la recherche de l'équité entre les ressources alternatives et les ressources communautaires, à la satisfaction des membres du 2^e tiers. Quant à la deuxième recommandation, concernant la consolidation des ressources plus anciennes, elle faisait l'objet de dissensions au sein même du 2^e tiers entre les « anciennes ressources et les nouvelles », ce qui a conduit les membres du comité tripartite à nuancer cette recommandation soumise par les commissaires.

Dans le cadre de l'enquête menée auprès des personnes, le Collectif de défense des droits demandait que son budget soit « protégé », alors que les groupes d'entraide de leur côté demandaient que le programme d'entraide soit priorisé, dans les deux cas le comité tripartite a accusé réception de ces requêtes sans y donner suite tel que demandé.

Le budget alloué au niveau de la promotion et de la prévention a été discuté lors de la 11^e réunion et a fait l'objet à lui seul de 3 recommandations, la proposition du CSSSM était d'abord réévaluée à la hausse. Deux propositions subséquentes à l'effet de privilégier ce niveau, advenant l'octroi d'une budget de développement de la part du MSSS, ont été rejetées. Alors que sur les 11 résolutions concernant la répartition des ressources, 10 ont été adoptées à l'unanimité, ces trois résolutions ont suscité le plus

déficit estimé de 157 millions, la Montérégie était la région la plus pauvre du Québec en santé mentale et son per capita correspondant à 27% du per capita provincial.

fort degré d'opposition entre les membres. Une autre résolution a suscité une opposition et une abstention, soit celle apportée par un membre du 2^e tiers à l'effet d'appliquer le PROS, (ce qui signifiait implicitement de réallouer les ressources existantes) même si le MSSS n'accordait aucun budget de développement à la Montérégie.

Tableau 31: Répartition des ressources

Date	Enjeu	source	sort	Document et délibération	Score
23/5 #9	entre ressources communautaires et établissements	membre		Une proposition concernant la répartition des budgets de développement entre les niveaux d'intervention et entre les ressources communautaires et les services publics. cette proposition ne recevra pas l'appui requis pour être soumise au vote, selon le procès verbal	
27/6 #10			A	Dans le cadre de l'adoption du procès-verbal de la 9 ^e réunion, cette résolution sera considérée comme adoptée à l'unanimité.	U
17/9 #11	prévention-promotion	CSSSM	M	« critères d'allocation des budgets de développement » entre les niveaux de services, les sous-régions, et les programmes afin d'accroître l'équité dans la répartition des ressources(1p). Il est résolu de porter le budget requis en promotion-prévention à 10% du budget total , ce qui modifie la proposition du CSSSM qui suggérait un per capita de \$10.00.	10P 3C 3A
		membre	rejet	Une résolution d'un membre d'allouer un premier montant de 500 000 en promotion prévention est rejetée.	4P-7C 3A
		membre	rejet	Une résolution d'un membre amendant légèrement la proposition rejetée est encore une fois rejetée.	5P-8C 2A
	entre les niveaux	CSSSM	A	Allocation des ressources entre les niveaux d'intervention.	U
	entre les programmes	CSSSM	m	Un membre suggère que les ressources entre les programmes tiennent compte des priorités sous-régionales en plus du déficit en ressources.	U
	entre les sous-régions	CSSSM	A	Une résolution est adoptée sur le critère de répartition des ressource entre les sous-régions afin de réduire les iniquités	U
2/11 #12	Réaffectation des ressources	membre	A	Les membres s'interrogent sur la possibilité de réaffecter les ressources actuelles, en l'absence de budgets de développement et adoptent le principe « que le plan d'organisation des services en santé mentale soit actualisé en Montérégie, indépendamment des budget disponibles ».	15P 1C 1A
9/1 #13	Priorisation des programmes	Enquête	M	<i>Rapport du Collectif de défense des droits (18p, a soumis des recommandations dont une concernant la « protection du budget » du programme d'aide et d'accompagnement.</i> « Qu'il soit retenu dans le plan régional d'organisation de services en santé mentale comme essentiel le maintien d'un programme de services d'aide et d'accompagnement ainsi que son financement. »	U
9/1 #13	Priorisation des programmes d'entraide	Enquête	M	<i>Le Rapport des groupes d'entraide présenté par l'Association des alternatives en santé mentale, demande notamment que la répartition des ressources tienne compte des recommandations des groupes d'entraide.</i> Le comité tripartite recommande que tous les rapports des différents regroupements (associations de parents et amis et groupes d'entraide) soient déposés aux comités tripartites sous-régionaux ainsi qu'au comité tripartite régional.	U
9/1 #13	entre les régions, les RA et les établissements, les anciennes RA et les nouvelles	Consultation	A A m	<i>Le rapport de consultation (61p) préparés par les « commissaires » a proposé 7 modifications au plan, dont 3 sur la répartition des ress.</i> Rendre accessible dans chaque sous-région la gamme de services Rechercher l'équité entre les ressources alternatives (RA) et les établissements Développer des organismes communautaires en tenant compte du besoin de consolidation des ressources communautaires existantes	U

Des résultats décevants

L'étude systématique des décisions et des résolutions adoptées par les membres du comité tripartite nous renseigne sur le contrôle qu'ils ont exercé sur le processus de prise de décision. Le CSSSM a dominé les aspects liés aux méthodes de travail, à l'échéancier, à l'établissement des « normes de services » et la formulation du plan d'action. Les membres du comité tripartite ont contrôlé plusieurs des enjeux du plan, notamment celui de la planification stratégique et de la répartition des responsabilités entre les distributeurs. Pour certains enjeux, il s'agissait donc d'un processus collégial en vertu duquel les membres du comité tripartite ont eu des échanges réciproques. Ils ont véritablement participé à un processus de délibération leur permettant de « transiger » entre eux. Par ailleurs, ils étaient inscrits dans une relation d'autorité avec les comités tripartites sous-régionaux, les groupes de référence, ainsi qu'avec les personnes et les organisations ayant participé aux diverses modalités de consultation. En se référant à notre typologie des modalités de participation (p.82), ils ont « autorisé » les recommandations qui leur avaient été soumises par ces instances.

La réciprocité des rapports des membres du comité tripartite avec la permanence du Conseil régional est une source de confusion comme nous l'avons déjà constaté. Le CSSSM était imputable de l'exécution du mandat ministériel, il détenait les atouts et les ressources pour dominer le processus de prise de décision. Entre un rôle de soutien au comité tripartite et un rôle d'autorité déléguée par le conseil d'administration du conseil régional, le rôle de la permanence était certainement confus pour plusieurs. La permanence était investie d'une double imputabilité, soumise d'une part à l'autorité du conseil d'administration du CSSSM, lui-même subordonné au MSSS, La permanence devait également soutenir l'engagement des différents partenaires dans un processus démocratique de prise de décision et à ce titre elle était à leur disposition. C'est afin de favoriser un véritable engagement des citoyens et des citoyennes à l'administration publique des services de santé, et pour résoudre ce conflit de rôles que Ellenberger (1981) recommandait qu'ils contrôlent eux-mêmes et engagent les ressources humaines alors clairement mandatées pour soutenir et alimenter le processus collectif de prise de décision.

Quant au partage du pouvoir entre les membres du comité tripartite, si on étudie la source des recommandations soumises au comité tripartite, on observe que ces

résolutions proviennent souvent des mêmes quatre personnes. Ces personnes ont formé une coalition favorable au « virage communautaire » et elles ont exercé une grande influence sur les délibérations du comité tripartite.

Billette, White et Mercier (1995) dans une recherche portant notamment sur le PROS en santé mentale de la Montérégie, avaient quant à elles observé trois coalitions, soit celle de « l'Establishment de la psychiatrie », celle du « mouvement communautaire alternatif » et celle de « l'alliance du soutien communautaire ». Ces trois groupes ne correspondaient pas à la composition du comité tripartite en trois « tiers »

Les données présentées plus haut nous permettent quant à nous d'identifier au moins deux coalitions, une première en plein essor, la coalition communautaire, porteuse d'une discours prometteur et la seconde, la coalition institutionnelle, réduite à un rôle défensif. Si les représentants et les représentantes des corporations d'établissements publics se sentaient plus à l'aise dans une démarche très technocratique que les personnes représentant les organismes communautaires, ils maîtrisaient généralement moins bien l'art oratoire et les aptitudes requises pour défendre leurs intérêts et leurs préférences par la parole, plus habitués à raisonner scientifiquement qu'à convaincre.

L'émergence de coalition et la domination de l'une d'entre elles, nous fait dire que tous les membres du comité tripartite n'ont pas eu l'opportunité d'exercer le même pouvoir sur le processus de prise de décision dans le cadre de l'élaboration du PROS en santé mentale de la Montérégie. Les ressources institutionnelles ont sans nul doute été les perdantes de ce processus de prise de décision et on peut déplorer que les membres du 3^e tiers, sur qui reposait les espérances d'élargissement d'un débat démocratique, auront été pris en otage entre les deux coalitions. Ils auront souvent brillé par leur absence ou leur indifférence à l'égard d'enjeux qui ne les concernaient souvent que très peu.

Bien que l'expérience ait sans nul doute contribué à « élargir l'espace démocratique » en partageant et en diffusant le pouvoir entre des acteurs sociaux en plus grand nombre, les délibérations auront souvent été dominées par des intérêts corporatistes, dans une logique de production-consommation de services. Cette constatation a été confirmée par les membres du 1^{er} et du 2^e tiers qui ont répondu à un sondage réalisé par le CSSSM, à la demande de la Conférences des CRSSS, après l'adoption du PROS en santé mentale de la Montérégie.

« Les débats ont été essentiellement dominés par les producteurs de services: on a senti constamment les calculs intervenir, les jeux d'alliance, le positionnement tactique pour l'obtention de mandats et de budgets, autant du côté institutionnel que du côté communautaire. Une exception, la représentation des parents. Mais peut-être suis-je trop dur » (Répondant du 3^e tiers).

Les résolutions prises par les membres du comité tripartite ont été pour la plupart adoptées par voie de consensus ou à l'unanimité. Somme toute très peu des résolutions ont suscité des votes dont le résultat témoigne de désaccords non résolus. Malgré l'apparent degré de satisfaction reflété par ce décompte, les enquêtes et les recherches menées sur cette question ont toutes signalé l'inconfort des membres des comités tripartites en santé mentale dans la province et en Montérégie. Si tous les participants, quel que soit le tiers auquel ils appartenaient souhaitent poursuivre l'expérience, parce qu'elle contribue « à élargir l'espace démocratique » plusieurs sont d'avis qu'une « pédagogie de la participation » publique devrait être développée de toute urgence.

Épilogue: un avenir incertain

Le plan régional d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie a été présenté au conseil d'administration par une délégation du comité tripartite avec le soutien de la permanence du conseil régional. Il a été adopté avec deux modifications mineures par le conseil d'administration du conseil régional le 20 février 1990. Il a ensuite été présenté le 26 juin 1991 au Docteur Claude Voisine, directeur de la santé mentale au ministère de la Santé et des Services sociaux et aux membres de son équipe.

Il a été accueilli chaleureusement par le Docteur Voisine qui en était personnellement tellement satisfait qu'il a conseillé aux représentants et représentantes du CSSSM de ne pas attendre l'approbation officielle de son Ministère pour amorcer la mise en oeuvre du PROS. C'est ce qu'a fait la Montérégie pour toutes les mesures relevant de sa juridiction.

L'adoption du plan par le Ministère a pris plus de deux ans. Interrogé à plusieurs reprises sur la date d'approbation du plan le Ministère répondait qu'il ne disposait pas du temps nécessaire à l'étude et à l'analyse du PROS de la Montérégie. En effet, au cours des années 91 et 92 les fonctionnaires ministériels ont été submergés par l'implantation de la *nouvelle Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux*

publiée en 1991, la publication de la *Politique de Santé et de Bien-Etre*, la restructuration des effectifs ministériels, les compressions budgétaires...

Alors que les plans d'organisation de services étaient inscrits dans la nouvelle Loi de 1991, et devenaient de plus en plus populaires dans les régies de la santé et des services sociaux, le ministère de la Santé et des Services sociaux ne savait pas comment intégrer cet outil régional, à la planification provinciale du réseaux sociosanitaire.

Que doivent contenir les PROS, comment standardiser leur approbation, selon quels critères, quels sont les modes d'imputabilité des régies régionales, quelle est leur marge d'autonomie? Pour plusieurs régies régionales les plans devaient leur permettre d'accéder à l'autonomie dans la gestion de leurs ressources régionales en fonction des besoins de leur population. Mais la délégation des pouvoirs vers les régions a rencontré une résistance certaine au ministère de la Santé et des Services sociaux. Comment dans un contexte de décentralisation le ministère parviendrait-il à assurer une accessibilité uniforme aux services et une répartition équitable des ressources.

Le fardeau de la réorganisation de tout le système sociosanitaire associé à une certaine ambiguïté concernant le partage des responsabilités entre les fonctionnaires du MSSS responsables de l'approbation des plans d'organisation de services, non seulement en santé mentale, mais dans tous les programmes sociosanitaires ont contribué à ralentir le processus d'approbation et à discréditer cet outil de travail auprès des régies régionales et de leurs partenaires.

Quant au PROS en santé mentale de la Montérégie, un enjeu litigieux retardait son approbation par le MSSS, soit le refus de la Montérégie de fermer rapidement les deux départements ayant des lits de longue durée dans des hôpitaux de courte durée à Sorel et à St-Hyacinthe. La Montérégie considérait les exigences du Ministère comme abusives et croyait qu'il faisait ainsi preuve d'ingérence.

Le Ministère de la Santé et des Services a donc pris plus de deux ans pour approuver «conditionnellement le plan de la Montérégie dans une lettre datée du 9 décembre 1993 adressée au président du conseil d'administration de la Montérégie et signée par le Ministre. Marc-Yvan Côté, alors Ministre, signifiait son approbation «des orientations, des objectifs et des actions qui y sont inscrits» et autorisait l'actualisation du PROS. Pour en assurer l'actualisation et le suivi le comité tripartite devait être maintenu, comme dans toutes les autres régions du Québec.

Il exigeait en outre la rédaction cependant de douze «documents» complémentaires, pour soumission et approbation par le Ministère.

Malgré les espoirs fondés sur les plans régionaux d'organisation de services ils n'ont pas réussi à combler les attentes des différents partenaires en matière de décentralisation et de démocratisation des services.

Pour Maranda (1996)

« Selon le moment et le type d'acteurs en cause, la définition de ce qui demeure un procédé parmi d'autres procédés de planification a pris de nombreuses colorations. Net instrument d'affirmation pour les régies régionales et plusieurs partenaires régionaux, il aurait pu devenir un instrument de contrôle très efficace pour le Ministère alors que s'instauraient des processus d'approbation très éloignés de la volonté de décentralisation. C'était une contrainte supplémentaire pour les établissements dont certains y ont vu une menace à leur autonomie alors que des organismes communautaires, tout en participant à la démarche avec une représentation accrue, l'ont considérée comme une énième tentative d'assimilation par l'État » (p. 29).

L'apparition des compressions budgétaire, le processus de «reconfiguration du réseau», les responsabilités qu'ont dû assumer les régies régionales dans le processus de priorisation des objectifs de la *Politique de santé et de Bien-Etre*, la préparation de «plans de transformation du réseau» ont détourné l'énergie des régies et l'implication de leur personnel vers ces nouvelles tâches.

«Somme toute l'imprécision qui existe quant au niveau de décentralisation effectif dans le réseau de la santé et des services sociaux combinée à l'ampleur de l'opération de compressions budgétaires ont fait perdre beaucoup de poids aux divers instruments de planification même si la dynamique de laquelle ils sont inspirés demeurent tout à fait actuelle. » (Maranda, p. 29)

UNE DÉMOCRATIE EN SANTÉ...MENTALE? DE L'UTOPIE À LA RÉALITÉ.

Dès la réforme Castonguay-Nepveu, amorcée dans les années 70, la démocratisation des services de santé et des services sociaux constituait une orientation majeure. Vingt ans plus tard la Commission Rochon réaffirmait que la participation des citoyens et des citoyennes devait contribuer à la démocratisation du système sociosanitaire québécois. Dans le cadre de la réforme législative de 1991, la révision des structures de participation ainsi que la décentralisation de certains pouvoirs vers les régies régionales et les établissements devaient rapprocher les citoyens « consommateurs, décideurs et payeurs », des lieux de décision dans ce secteur d'activités publiques.

Au début des années 1990, on fondait beaucoup d'espoirs sur les plans régionaux d'organisation de services pour créer de réels partenariats sur une base régionale, entre tous les acteurs concernés: population, communauté, usagers et usagères, producteurs de services et divers secteurs d'activités publiques et privés. C'est pourquoi nous nous sommes interrogée sur la contribution de la participation au *Plan d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie* à la démocratisation des services. Quelles conclusions pouvons-nous tirer de cette expérience qui a suscité la participation de quelques centaines de personnes sur une période de plus de deux ans? Quelles leçons pouvons-nous retenir concernant la participation à l'administration publique? Entre la participation civile et la participation politique, y-a-t-il un espace légitime pour la participation démocratique des citoyens et des citoyennes à l'administration publique?

Pour évaluer la qualité de la participation démocratique à la planification régionale des services de santé mentale en Montérégie nous avons d'abord été confrontée à la difficulté de définir la démocratie. Comment peut-on mesurer la « qualité démocratique » d'un événement circonscrit dans le temps et l'espace? Auprès d'auteurs qui ont cherché à en saisir les fondements éthiques et pratiques nous avons découvert « l'insaisissable démocratie »: quête de justice, d'égalité et de liberté, multiforme, mouvante, paradoxale elle nous est d'abord apparue dans toute sa complexité.

Sans cesse redéfinie, tant au niveau du discours qu'à travers les diverses pratiques visant à l'instituer, elle ne peut être appréhendée que dans une perspective

multidimensionnelle. La démocratie émerge d'un débat constant qui s'articule à la frontière de l'univers culturel et politique. Elle est ensuite mise en scène par des citoyens et des citoyennes qui tentent de l'incarner dans leurs pratiques sociales, politiques et institutionnelles. C'est au travers de ce prisme que nous avons abordé l'évaluation de la participation au *Plan régional d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie*, quelque part entre le discours sur la démocratie et l'interprétation de l'expérience personnelle de la chercheuse.

Quatre conditions de la participation démocratique soit la civilité, la souveraineté, la légitimité et la collégialité ont été retenues et les documents relatifs à la planification régionale des services de santé mentale en Montérégie ont été analysés en fonction de quatre critères d'évaluation correspondant à ces conditions, soit le degré de cohésion sociale recherché dans le secteur de la santé mentale, l'autonomie des régions régionales quant aux pouvoirs dont elles disposaient pour réaliser les plans régionaux d'organisation de services, la représentativité des participants et participantes au *Plan régional d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie* et la réciprocité de leurs relations de pouvoirs au cours du processus de négociation des enjeux du PROS.

Entre l'étude de cas et l'élaboration du modèle théorique, c'est par un processus dialectique constant qu'a lentement émergé une meilleure compréhension des enjeux pratiques et théoriques de la construction démocratique. Initialement conçue comme une simple recherche évaluative, la thèse s'est progressivement inscrite dans une perspective plus large, ce qui a permis de mieux saisir les conditions favorables et les obstacles inhérents au processus de participation démocratique dans le secteur de la santé mentale en particulier, celui plus vaste des services sociaux et de santé, et de manière plus générale encore dans le domaine de l'administration publique dans son ensemble.

Dans les prochaines pages, nous formulerons quelques considérations éthiques, épistémologiques et méthodologiques concernant la présente recherche puis nous interpréterons les résultats obtenus quant à la démocratisation des services de santé mentale en Montérégie et nous terminerons sur les leçons à tirer de cette expérience concernant les conditions d'amélioration de la participation démocratique à l'administration publique.

Entre l'expérience et la théorie

Après avoir retracé l'évolution de la demande démocratique au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux et après avoir étudié les résultats plutôt mitigés des quelques recherches effectuées sur cette question, nous avons vite été confrontée à la difficulté d'évaluer et de mesurer la « qualité démocratique » d'un événement en particulier, soit le processus de participation au *Plan régional d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie*.

Comment définir de manière opérationnelle la participation démocratique? Quelles en sont les conditions, comment mesurer la valeur démocratique d'un événement pris isolément? La littérature est abondante sur les fondements théoriques et idéologiques de la participation démocratique. Les débats et les contradictions de la pratique démocratique sont clairement énoncés. Mais comment évaluer la pratique, comment « mesurer » la démocratie? Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que la démocratie n'est somme toute qu'une idée, reposant sur des fondements éthiques mais dont la nature, mouvante, en évolution, à la frontière de la culture et de la politique est insaisissable, comme toute utopie, non mesurable, indéfinissable. Churchill disait de la démocratie que c'est la moins pire forme de gouvernement, parce qu'il y, a semble-t-il, un fossé infranchissable entre une idée, ou devrait-on dire entre un idéal, et son incarnation dans les pratiques sociales.

Si certaines voies de recherche ont été explorées, comme par exemple la mesure du taux de participation électorale, l'évaluation du degré de pouvoir et d'influence exercé par les participants, la comparaison des caractéristiques sociodémographiques des élus avec celles de la population qu'ils représentent, aucun modèle de recherche ne permettait d'évaluer la participation démocratique dans toute sa complexité. Il nous est d'abord apparu impossible de franchir le pont entre le discours sur la démocratie et les pratiques de participation démocratique. La connaissance intime détenue par l'auteur, en tant que témoin privilégiée du processus de réalisation du *Plan régional d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie* nous a permis de surmonter cet obstacle, et d'arriver à conceptualiser assez clairement un modèle systémique et multidimensionnel de la participation démocratique. Issu d'un mouvement incessant entre l'analyse d'un événement auquel la chercheuse avait été intimement associée et l'analyse du corpus

théorique disponible dans la revue de littérature, un modèle multidimensionnel de la participation démocratique a progressivement émergé.

Par l'éclairage qu'il apporte sur la démocratie contemporaine, incarnée, localisée, par les pistes de recherche qu'il permet d'identifier, par les moyens concrets pour améliorer la participation démocratique qu'il suggère, par sa force de généralisation au réseau de la santé et des services sociaux et à l'administration publique, autant que pour sa simplicité et sa valeur pédagogique et heuristique, le modèle conceptuel de la participation démocratique est somme toute la contribution la plus importante de la présente thèse. Ce qui d'abord apparaissait comme une difficulté insurmontable a finalement émergé comme l'essence même du travail. Il ne s'agit plus d'évaluer un événement isolé dans le temps, mais il est finalement question de tirer de cet événement les leçons d'une valeur inestimable pour peu que l'on transcende les enjeux locaux et limités, par une réflexion systématique et rigoureuse.

Par une approche circulaire et dialectique, le modèle théorique est donc à la fois préexistant à l'analyse des données, puisqu'il en permet la structuration et la mise en forme, et il en est à la fois le résultat. Confrontée à certaines incohérences, à l'impossibilité de rendre compte d'un aspect particulier, à la difficulté d'expliquer ou de refléter une dimension, la chercheuse requestionnait le modèle, reformulait ou précisait certains éléments. Le modèle a été constamment réajusté jusqu'à obtenir un tout cohérent, incluant harmonieusement l'ensemble des éléments. Le résultat est donc une « construction » théorique, un outil conceptuel reflétant la complexité de la quête démocratique à travers l'expérience de la chercheuse. Entre une démarche constructiviste, subjective, systémique fondée sur une étude de cas réalisée à partir d'une analyse documentaire et les exigences d'une certaine rigueur rhétorique et conceptuelle la thèse se veut une humble contribution au débat démocratique. Cette contribution a émergé de l'expérience de la chercheuse qui a tenté de conceptualiser et de mettre en forme cette même expérience afin d'en extraire quelques leçons essentielles et significatives sur la participation démocratique.

L'analyse documentaire a été la technique privilégiée pour analyser l'événement. C'est à partir de l'analyse systématique des documents disponibles que les dimensions ont été modélisées. Inspirée par Huberman et Miles (1991) nous avons « réduit » la masse d'informations afin de repérer les dimensions utiles à l'analyse des données qui nous permettraient d'en saisir la signification. Nous croyons que c'est autour de ces « noeuds » de sens que se sont négociés les enjeux de la participation démocratique.

C'est autour des dimensions qui ont émergé de l'analyse documentaire que s'élabore la construction démocratique et c'est à partir de ces dimensions que nous pouvons tenter de généraliser les résultats de l'étude de cas à d'autres situations. La modélisation, les dimensions, les critères et les divers concepts qui ont été repérés, au-delà de la recherche évaluative, contribuent à l'énonciation d'une théorie de la participation démocratique. C'est ainsi que conformément à la perspective constructiviste, à partir de l'interprétation de son expérience la chercheuse propose un modèle théorique de la participation démocratique. Finalement, outre les différents concepts reliés aux dimensions et aux critères de la participation démocratique nous croyons que ce que nous avons appelés des « enjeux de la négociation », regroupés au sein d'une aire de négociation, constituent l'un des éléments centraux de l'analyse documentaire. C'est autour de ces « enjeux » que s'est élaboré le processus de participation et que les différents groupes d'intérêts se sont positionnés.

Le modèle d'analyse, la méthode de travail et les divers outils d'évaluation qui ont été développés tout au long du travail d'analyse ont ainsi été conçus pour soutenir l'interprétation des données en fonction de l'objectif de recherche: évaluer et mieux comprendre la participation démocratique. C'est le désir d'atteindre cet objectif, qui nous a incitée à développer les outils conceptuels les mieux adaptés à cette tâche au fur-et-à-mesure du déroulement des travaux. Nous croyons avoir mis en lumière les principaux enjeux du développement de l'espace démocratique dans le secteur de la santé mentale, ce qui nous permet de suggérer autant de pistes de réflexion, de discussion ou de recherche.

Dans une perspective constructiviste nous avons reconnu que la réalité sociale est construite à partir d'une volonté commune, qu'elle ne peut être dissociée de l'idéologie des chercheurs qui détiennent un certain pouvoir en tant que sujets de leurs constructions théoriques. On ne peut dissocier l'objet de recherche, du sujet. L'autorité du chercheur, la valeur de la recherche ne repose pas sur l'énonciation de vérités indiscutables, mais sur la légitimité de sujets pensant leur expérience et proposant des significations. Inutile de prétendre à l'objectivité qui placerait le chercheur dans une position d'autorité. Le chercheur fait partie de la construction, il ne peut prétendre se réfugier dans l'observation objective, il fait partie de la construction de l'objet de recherche et du système de réponses et d'interprétations qu'il suggère. La démocratie est une construction sociale qui permet aux citoyens et aux citoyennes de réguler leur contrat collectif. Et à ce titre l'étude du processus de participation au *Plan régional d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie* a permis de modéliser et

de donner sens aux pratiques participatives pouvant être assimilées à la démocratie, du point de vue de la chercheuse.

La position idéologique de la chercheuse est claire, c'est-à-dire qu'elle est de toute évidence favorable à l'élargissement de l'espace démocratique par une participation accrue, intense du plus grand nombre de citoyens et de citoyennes aux décisions politiques et publiques qui les concernent. Cependant au-delà de cette position idéologique personnelle, elle a choisi de s'interroger sur les façons les plus aptes à promouvoir la participation démocratique, par une analyse intellectuellement rigoureuse des résultats obtenus par rapport aux objectifs visés. Et si les efforts déployés nous avaient conduits dans la direction opposée, par un quelconque effet pervers des structures ou des pratiques? Adhérant à l'idéologie de la participation démocratique et directe, convaincue de la légitimité de l'exercice du pouvoir par tous les citoyens et citoyennes sans distinction aucune, nous avons voulu, au-delà des discours unanimes sur la nécessité de démocratiser, tant le secteur de la santé mentale que les services sociaux et de santé, vérifier la contribution des pratiques de participation sur lesquelles étaient fondés ces espoirs.

Sur le plan éthique, la confidentialité des interlocuteurs et des interlocutrices concernés a été strictement respectée et l'analyse des données a porté sur des informations et des documents publics. La position privilégiée de la chercheuse, si elle lui a permis de bien saisir la complexité des mécanismes et des rapports interpersonnels en cause, ne l'autorisait pas à divulguer des informations de type nominatif. D'autres techniques que l'analyse documentaire, comme par exemple la réalisation d'entrevues afin de mesurer la perception qu'ont eu les participants et les participantes du processus de participation auraient pu être utiles, cependant nous croyons que l'expérience personnelle de la chercheuse combinée aux analyses effectuées de manière très rigoureuse à partir des nombreux documents disponibles ont permis de conclure de manière significative et satisfaisante sur la qualité démocratique du processus de participation. Cette approche a également permis de tirer certaines conclusions sur les limites et les conditions d'amélioration de la participation démocratique à l'administration publique. La validation du modèle développé, des conclusions retenues ainsi que la formulation de conditions d'amélioration de la participation démocratique auprès des différentes catégories d'acteurs constituerait certainement une excellente piste de recherche dans la foulée de la présente thèse.

Un débat plus « démocratique » serait également tout indiqué afin de répondre à plusieurs questions. Quels devraient être les rapports entre la société civile et le gouvernement dans un État démocratique? Quels sont les pouvoirs collectifs auxquels tous doivent se soumettre, quelles sont les libertés individuelles inaliénables? Quels sont les rapports que doivent entretenir les États démocratiques entre eux: entre les nationalismes et l'humanitarisme quelle place occupe la démocratie? Quels devraient être les lieux de l'exercice de la citoyenneté démocratique, doit-on centraliser ou localiser les pouvoirs des citoyens afin de rendre la participation de chacun significative, attrayante, nécessaire? Voilà autant de questions et de paradoxes qui doivent alimenter la réflexion et les débats sur le développement démocratique. Les réponses à ces questions devront émerger de débats collectifs, plutôt que de la recherche.

Une démocratisation timide et fragile

La stratégie de recherche reposait sur l'analyse systématique de textes et de documents produits dans le cadre de l'élaboration de la *Politique de santé mentale* et de la rédaction du *Plan régional d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie*. À la lumière des critères énoncés dans le modèle théorique de la participation démocratique présenté dans la seconde partie de la thèse une analyse documentaire rigoureuse nous a permis d'évaluer la qualité du processus démocratique dans le cadre de la planification régionale des services de santé mentale en Montérégie.

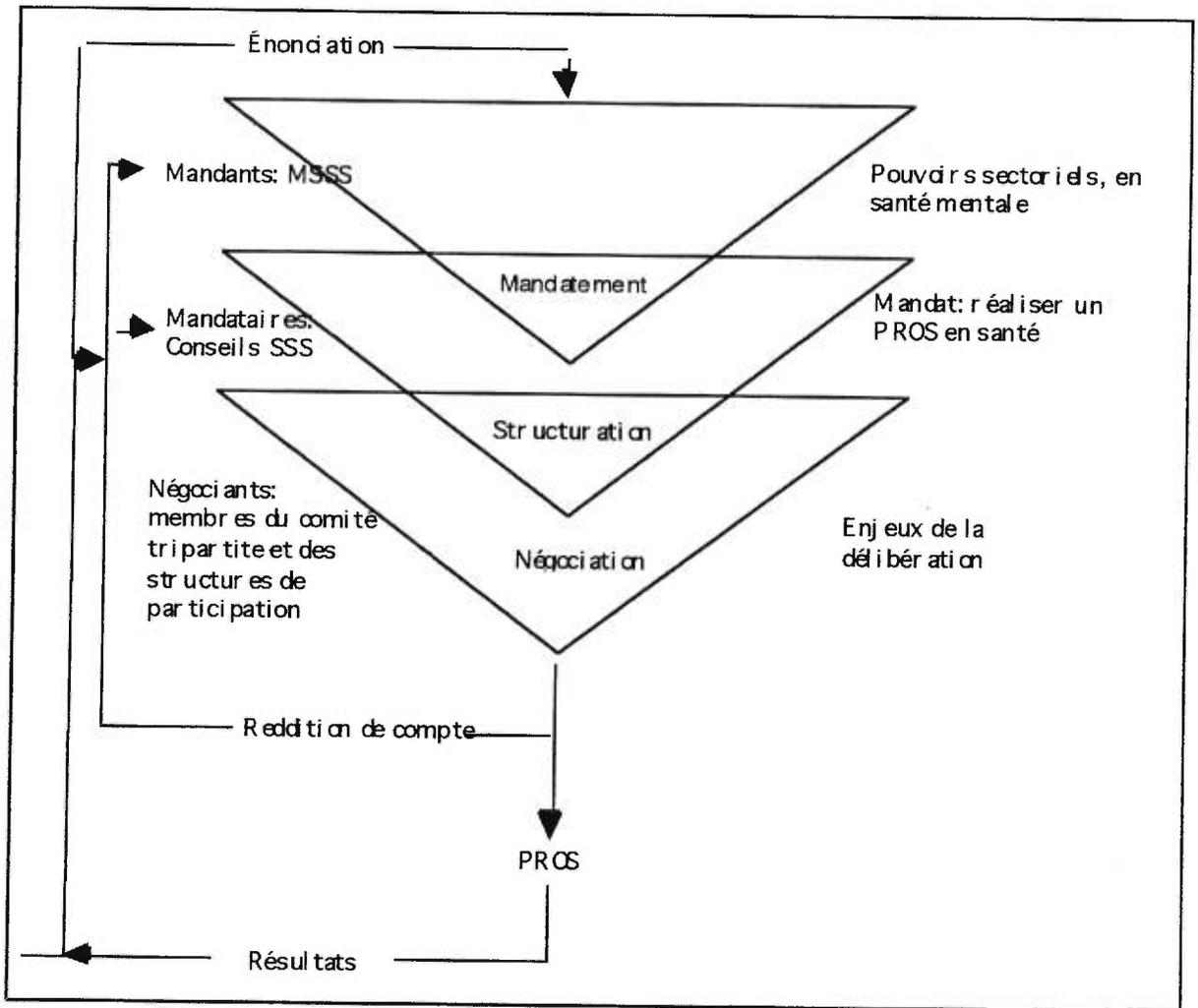
Les résultats obtenus s'ils nous permettent de conclure qu'il y a eu effectivement un élargissement de l'espace démocratique laissent néanmoins entrevoir les limites et les contradictions de la démocratisation des services dans le secteur de la santé mentale. Ces limites et ces contradictions sont parfois intrinsèques au secteur de la santé mentale en Montérégie, mais plusieurs des difficultés rencontrées peuvent être associées à des problèmes systémiques dépassant l'événement en tant que tel. L'une des contributions du modèle théorique de la participation démocratique consiste précisément à resituer l'événement dans un contexte plus vaste, mettant ainsi en lumière les contradictions et les difficultés associées à des éléments qui dépassent le cadre de l'événement lui-même.

Nous avons dans la troisième section de la thèse procédé à l'analyse détaillée du processus de construction de la participation démocratique au *Plan régional d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie* en fonction des dimensions et des critères identifiés dans le cadre du modèle théorique. Après avoir rappelé les principales conclusions nous allons interpréter les résultats obtenus pour chacune des dimensions, sous l'angle de la question suivante: y-a-il eu élargissement de l'espace démocratique et quelles sont les conditions et les limites de cet élargissement? Le processus de participation a-t-il renforcé la demande démocratique, élargi l'aire de négociation et l'autonomie de la région, accru la légitimité des participants et participantes et soutenu la réciprocité des délibérations?

Ces quelques réflexions pourront nous amener à préciser certains éléments du modèle, à tirer des conclusions à l'égard des paradoxes énoncés dans la première partie de la thèse et à identifier des pistes de travail ou de recherche.

Rappelons d'abord le processus de participation au *Plan régional d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie*. Le modèle de participation au PROS en santé mentale de la Montérégie, présenté à la figure 5, a été calqué sur le modèle de participation démocratique (Figure 3) et reflète les phases d'élaboration d'une politique publique. C'est à partir de ce modèle que nous avons analysé l'émergence de la demande d'intervention publique en santé mentale, la formulation du mandat confié aux conseils régionaux, la structuration du processus de participation et les modalités de négociation afin d'évaluer la qualité démocratique du processus de planification régionale des services de santé mentale en Montérégie. Les quatre phases retenues pour l'analyse reflétaient les quatre dimensions du processus de participation démocratique, soit l'affiliation, la constitution, l'institution et la délibération.

Figure 5 Modèle de participation au PROS



La *Politique de santé mentale* confiait aux conseils régionaux la responsabilité de réaliser des plans régionaux d'organisation de services «pour consolider un véritable partenariat». C'est en détenant ce mandat spécifique que les conseils régionaux se sont lancés dans la planification participative. L'analyse de la demande d'intervention publique en santé mentale et l'étude du mandat confié aux régies régionales dans la *Politique de santé mentale* nous ont permis d'évaluer les valeurs fondatrices et l'autonomie dont disposaient les conseils régionaux dans le secteur de la santé mentale. L'analyse du processus de structuration du processus de participation en Montérégie ainsi que l'analyse du processus de délibération nous ont ensuite permis d'évaluer la représentativité et la réciprocité du processus de participation au PROS en santé mentale de la Montérégie.

Malgré les nuances apportées et les limites observées quant à la qualité démocratique de participation, une analyse sommaire des résultats obtenus en regard des conditions énoncées sur la participation démocratique nous amène à conclure qu'il y a eu un élargissement de l'espace démocratique. La réalisation du PROS en santé mentale de la Montérégie reposait sur la valorisation de la cohésion sociale, sur une plus grande autonomie des régies régionales, sur un accroissement de la représentativité des acteurs et sur une plus grande réciprocité des délibérations entre les différents acteurs.

Le processus de participation reposait sur une volonté claire d'accroître la participation des citoyens et des citoyennes, à la société en général et dans le secteur de la santé mentale en particulier; cette participation sociale invoquait certaines valeurs démocratiques de solidarité et d'égalité. Le Conseil régional de la Montérégie, adhérait à cette idéologie.

Bien que détenant des pouvoirs définis et limités par la *Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux*, on a pu constater un accroissement des pouvoirs confiés aux conseils régionaux par la *Politique de santé mentale*, inspirée par la réforme Rochon. L'autonomie des régions était accrue d'autant.

Tant par le nombre que par la diversité des acteurs qui ont participé à la réalisation du PROS en santé mentale de la Montérégie on peut encore affirmer qu'il y a eu amélioration de la représentativité des acteurs. En Montérégie l'évolution des structures de participation, leur ouverture croissante aux groupes communautaires, aux personnes représentant les usagers et les usagères et aux autres groupes d'intérêts sociaux a marqué l'évolution des structures de participation. Dans le cadre de la réalisation du

plan régional ce mouvement s'est accéléré et a provoqué une mobilisation sans précédent.

Finalement, sur le plan de la réciprocité des négociations, on peut également conclure que jusque-là, les participants et participantes aux diverses structures de participation en santé mentale n'avaient jamais eu l'occasion d'assumer de si grandes responsabilités, et que somme toute, en participant à la rédaction du PROS en santé mentale, ils ont eu l'opportunité d'assumer de réels pouvoirs, de négocier véritablement les enjeux en présence et de défendre les intérêts des groupes qu'ils représentaient. Les modalités de négociation ont permis une participation plus collégiale et réciproque que jamais entre des acteurs de plus en plus nombreux.

Après avoir évalué les conditions de participation au PROS en santé mentale de la Montérégie, on peut donc affirmer, qu'à chacune des étapes, nous avons assisté à un processus de démocratisation de l'organisation des services malgré les limites observées. Bien que certaines conditions ne soient rencontrées que partiellement on a constaté une évolution certaine dans cette direction.

Dans la partie de la thèse sur l'étude de cas, nous avons déjà énoncé les limites et les contradictions inhérentes à l'exercice de la participation eu égard aux conditions évaluées, cependant outre ces difficultés, il apparaît essentiel de souligner l'extrême fragilité des progrès accomplis. Nous présenterons dans les prochaines pages une synthèse et une vision plus globale des résultats obtenus dans le cadre de l'analyse documentaire afin de rendre compte des principaux enjeux et paradoxes énoncés dans la première partie de la thèse. Nous verrons que ce processus de démocratisation est extrêmement fragile parce qu'il échappe en grande partie au contrôle des acteurs régionaux malgré toute leur bonne volonté.

Une idéologie qui échappe aux acteurs régionaux

Le maintien d'une idéologie favorable à la participation démocratique des citoyens et des citoyennes est une condition essentielle au fonctionnement démocratique. À toutes les phases de préparation et de réalisation du PROS en santé mentale de la Montérégie, les acteurs concernés ont formulé des demandes concernant l'élargissement de l'espace démocratique. La formulation de la demande démocratique s'est exprimée de diverses manières au cours du processus de négociation, à travers les préoccupations formulées par les membres pour une participation étendue et représentative, au cours d'un débat sur les valeurs fondatrices du plan et dans le texte lui-même du PROS qui retenait

expressément une définition élargie de la santé mentale interpellant la participation sociale et l'engagement des citoyens et des citoyennes.

Le processus de réalisation du PROS a non seulement permis de maintenir la demande démocratique, il a contribué à formuler encore plus explicitement cette demande et il a mobilisé des acteurs qui ont adhéré en nombre croissant à ce consensus. On peut conclure non pas au maintien de la demande démocratique, mais bien plus encore au renforcement de cette demande en Montérégie formulée par les participants et participantes.

Le contexte dans lequel s'est déployée la participation aux plans régionaux en santé mentale imposait cependant des contraintes sévères à un exercice véritablement démocratique. Une des limites importantes à la démocratisation régionale des services en santé mentale est associée au fait que la définition de la santé mentale et des pouvoirs détenus régionalement échappait au contrôle des acteurs régionaux. C'est ailleurs qu'ont été définis les valeurs fondatrices de la participation démocratique et les pouvoirs détenus par les régions.

En incluant l'étude des fondements éthiques de la demande de participation ainsi que l'analyse des pouvoirs disponibles régionalement, en conformité avec le modèle théorique développé, nous avons élargi de manière importante le cadre initial de l'étude de cas qui devait porter sur le processus de réalisation du PROS en santé mentale de la Montérégie. C'est pourquoi en plus d'analyser les documents produits au cours de la réalisation du PROS en santé mentale de la Montérégie nous avons également scruté les documents associés à la formulation des fondements idéologiques de la demande d'intervention publique en santé mentale ainsi que les documents délimitant les pouvoirs délégués par le Ministère. Le cadre de l'analyse documentaire s'est donc révélé très vaste. Cela est un indice de l'une des principales limites de la démocratisation des services en santé mentale. Tant la définition de la santé mentale que la formulation des valeurs fondatrices de l'intervention de l'État ou la délimitation de l'aire de négociation échappaient au contrôle des acteurs régionaux. Tout cela se jouait essentiellement ailleurs, dans d'autres arènes.

Bien avant que la Commission Rochon fasse de cet objectif un enjeu majeur de sa réforme et bien avant que la région reçoive le mandat de réaliser un PROS en santé mentale, le Conseil régional de la Montérégie avait déjà manifesté une volonté claire de « démocratiser » l'organisation des services sur son territoire. Affirmer que tous les

groupes d'intérêts partageaient le même enthousiasme à l'égard de cet objectif trahirait la réalité, cependant le consensus était suffisamment puissant parmi les promoteurs de cette vision, tant parmi les personnes de la permanence du Conseil régional, que parmi les divers acteurs regroupés au sein d'une coalition communautaire, pour avoir généré des progrès dans cette direction au cours des années 80.

L'évolution des structures de participation, la reconnaissance de nouveaux acteurs au sein du comité permanent en santé mentale, la mise en place de tables sous-régionales, le soutien et la reconnaissance accordés aux ressources alternatives et communautaires étaient autant de manifestations de l'idéologie de la Montérégie, une idéologie favorable à la concertation et au partage des pouvoirs avec les groupes d'intérêts concernés. L'élargissement de la participation s'est effectué en faveur des groupes communautaires, des personnes représentant d'autres secteurs d'activités ou encore des intérêts des populations sous-régionales. La Montérégie était reconnue comme l'une des régions qui avait développé le plus grand nombre de ressources alternatives et communautaires au Québec et elle affichait ouvertement une politique de soutien et de reconnaissance à leur égard. En outre la région adhérait à une définition de la santé mentale « élargie ».

Cette même volonté « démocratique » a fait en sorte que le processus de participation au PROS en Montérégie, a dépassé largement les exigences formulées dans la Politique de santé mentale à cet égard. Dès le départ cette volonté était énoncée dans le PROS en santé mentale de la Montérégie et l'objectif de « consolidation du partenariat » était explicitement associé à la démocratisation des services. Ainsi le Conseil régional de la Montérégie et les membres du comité tripartite étaient conscients que l'exercice de planification régionale devait contribuer à démocratiser les services.

Pendant la rédaction du PROS, le comité tripartite régional, les divers sous-comités ainsi que les personnes ayant participé à la consultation ont manifesté leur adhésion à des valeurs démocratiques. Non seulement la demande démocratique a été maintenue, mais un consensus a été énoncé quant à l'élargissement de l'espace démocratique. Cette position a été confirmée plus tard par les recherches effectuées sur cette question (Lamoureux 1994, Potvin, 1997). Comme nous l'avons déjà mentionné la demande de participation démocratique a survécu à la déception des participants et des participantes qui souhaitaient contribuer plus activement aux décisions de l'administration publique.

La gestion du processus de participation, la définition de la santé mentale, les débats sur les valeurs fondatrices du plan, les orientations et les recommandations du plan d'action reflétaient la demande d'élargissement de l'espace démocratique et la volonté des acteurs régionaux d'occuper cet espace dans un véritable esprit de partenariat et de collégialité.

La gestion du processus de participation a suscité de nombreuses interventions au sein du comité tripartite. Que ce soit concernant la composition des comités sous-régionaux, de la préparation de l'enquête menée auprès des familles et des personnes ou de la consultation élargie, les membres du comité tripartite étaient favorables à une vaste participation et ont fait des recommandations dans ce sens. Malgré leur désir de terminer les travaux le plus rapidement possible ils souhaitaient que les mécanismes permettent aux interlocuteurs légitimes de participer au débat. C'est pour cette raison notamment qu'ils ont sollicité une enquête auprès des personnes éprouvant des troubles de santé mentale et auprès de leur familles.

Les membres des différents comités ont manifesté le désir de mettre en place des mécanismes de participation étendue permettant une véritable délibération. Dans le cadre de l'enquête menée auprès des personnes et des familles, les deux groupes ont signalé leur intérêt à participer davantage au processus de planification régionale. Il est intéressant toutefois de noter que les personnes ayant un problème de santé mentale remettaient en cause la légitimité des parents pour représenter « leurs » intérêts, alors que les parents doutaient de la capacité des personnes de défendre leurs intérêts. Le PROS confirmait le maintien de structures de participation déployées pour sa réalisation et reconnaissait la participation « des personnes en difficulté, des ressources communautaires et des autres secteurs dont les activités ont un impact sur la santé mentale de la population » (PROS, p.128). Après la réalisation du PROS en Montérégie, en conformité avec les orientations énoncées dans le cadre de la planification stratégique, les structures de participation accordaient une plus grande place aux personnes ayant des problèmes de santé mentale et aux associations les représentant.

Outre la question des structures de participation qui a suscité beaucoup d'intérêt, les débats ont entraîné les membres du comité tripartite vers l'élargissement de la notion de santé mentale et vers la formulation de valeurs fondatrices du plan favorables à la participation sociale, communautaire et démocratique à l'équité et à la solidarité sociale.

L'adoption et l'insertion dans le PROS de la définition canadienne de la santé mentale qui insistait sur une conception élargie de la santé mentale de « l'individu, du groupe et de l'environnement » reposant sur leur capacité de se développer, et de réaliser « leurs buts individuels et collectifs justes » et de contribuer à la « création de conditions d'égalité fondamentale » témoignait d'une vision élargie de la santé mentale. Cette définition reflétait clairement les valeurs démocratiques de justice, d'équité, de solidarité et de participation sociale.

Dans le cadre d'un débat spécifique et à la demande répétée des groupes communautaires, les membres du comité tripartite se sont prononcés sur les valeurs et les orientations fondatrices de l'organisation des services en Montérégie. Comme nous l'avons déjà vu dans l'analyse des intérêts des différents groupes d'acteurs, les groupes communautaires étaient davantage porteurs d'une philosophie d'intervention « communautarisante » favorable à la participation sociale. Cette même philosophie rejoignait également les CLSC et les départements de santé communautaire regroupés au sein d'une coalition que l'on peut qualifier de communautaire.

Dès la troisième réunion les organismes communautaires ont demandé que soit reconnue la prépondérance des personnes, des familles de leur proches et de la communauté et que soit reconnue expressément la contribution des organismes communautaires dans l'organisation des services. Cette question a été reportée à une réunion ultérieure et c'est ainsi qu'à la suggestion d'un représentant des organismes communautaires, les membres du comité tripartite ont convenu de tenir une réunion spéciale sur « la philosophie de fond du plan ». Ce débat a eu lieu dans le cadre de la 8^e réunion au cours de laquelle le même représentant des organismes communautaires et un représentant des CLSC proposaient leur vision des orientations et des valeurs fondamentales. Les membres du comité tripartite ont entériné ces orientations et ont retenu près d'une vingtaine de valeurs, comme : « la personne au centre, le partenariat, la décentralisation vers les sous-régions, l'intervention dans le milieu de vie, l'autonomie de la personne, la promotion de la santé mentale... ». Ces valeurs s'inscrivaient dans une vision élargie de la santé mentale, et soutenaient la participation sociale de la personne et de la communauté pour le maintien et la promotion de leur santé mentale.

Malgré certaine résistance des acteurs d'une autre coalition que l'on peut qualifier de médicale ou institutionnelle, la coalition communautaire a obtenu la tenue d'un débat et la formulation d'un consensus favorable à la reconnaissance de la primauté des

personnes, de la communauté et des organismes communautaires dans l'organisation des services. Le PROS marquait ainsi un véritable virage communautaire amorcé déjà depuis quelques années en Montérégie.

Tout au long du processus de participation les acteurs en Montérégie se sont inscrits dans une idéologie socio-démocrate en faveur de l'engagement de l'État responsable de créer les conditions de vie propices à la santé mentale de la population d'une part et en faveur de la participation sociale, communautaire et politique des personnes d'autre part. Les acteurs en Montérégie se sont mobilisés et ont manifesté leur désir d'élargir le champ de la santé mentale et de s'engager en grand nombre dans ce secteur d'activité. Malgré cette forte mobilisation, malgré les tentatives des participants et des participantes de s'approprier un discours idéologique, de redéfinir la santé mentale et les valeurs fondatrices de l'organisation des services, ils n'avaient que peu d'emprise et de contrôle sur l'idéologie dominante le secteur de la santé mentale au Québec. Quelle que soit la définition retenue ou les valeurs énoncés ils n'avaient qu'une faible marge de manoeuvre régionalement pour se distancier de l'idéologie officielle.

Un représentant du 3^e tiers au comité tripartite, dans le cadre de l'enquête sur l'évaluation du plan affirmait non sans lucidité, que le mandat avait été respecté « laborieusement » déplorant « de trop long détours sur la définition de nos valeurs propres pour en revenir à celles déjà bien définies dans la politique ».

Comme nous l'avons déjà souligné, la réalisation *du Plan régional d'organisation de services en santé mentale* a généré une mobilisation inégalée de nombreux acteurs en Montérégie. Si l'on peut affirmer que la plupart des acteurs en Montérégie étaient favorables à la démocratisation des services sociaux et de santé et que dans le cadre de la réalisation du PROS des acteurs de plus en plus nombreux ont adhéré à cette orientation, leur capacité de maintenir et de soutenir cette idéologie leur échappait en grande partie. Bien qu'ils aient manifesté leur intérêt à assumer régionalement la planification et l'organisation des services, l'élaboration de la demande démocratique dans le secteur de la santé mentale s'est jouée au niveau provincial par des acteurs regroupés dans la plupart des cas sur une base provinciale, comme en témoigne l'analyse présentée dans la section sur l'énonciation du projet collectif.

L'idéologie dominante dans le secteur de la santé mentale a émergé et s'est cristallisée principalement au niveau provincial dans des arènes provinciales. C'est à ce niveau que l'État détenait les outils législatifs et exécutifs nécessaires pour sanctionner la demande

d'intervention publique dans le secteur de la santé mentale et statuer sur les valeurs et la définition qui justifient cette intervention. La marge « culturelle et idéologique » des régions était relativement étroite, spécialement dans le cadre d'un exercice de planification régionale, tant que celui-ci est soumis à l'autorité centrale. En effet il est aisé de supposer que tout écart idéologique important aurait généré un rejet par les instances ministérielles de la proposition régionale de planification. Cette limite implicite a généré, du moins je le crois, certaines frustrations plus ou moins clairement formulées chez les participants et participantes au PROS en santé mentale de la Montérégie qui ne percevaient pas toutes les limites d'un exercice dont les figures de style sont imposées.

Bien que chaque région pouvait manifester une culture et des valeurs qui lui étaient propres, bien que la demande démocratique et la demande d'intervention publique dans le secteur de la santé mentale aient été élaborées et négociées dans de multiples lieux, les valeurs fondatrices de la participation sociale et démocratique ont été énoncées et négociées dans la société civile par de nombreux protagonistes qui interagissaient essentiellement au niveau provincial. L'énonciation de la demande démocratique, tout comme la définition de l'aire de négociation ont échappé aux acteurs régionaux.

Et dans les faits, après l'adoption de la *Politique en santé mentale*, le consensus québécois s'est progressivement effrité. La montée du néolibéralisme dans le courant des années 1990 a remis en question les principes de solidarité qui avaient présidé à l'énonciation du projet collectif dans le secteur de la santé mentale et les exigences de « rationalisation » des services ont ordonné un certain recul de l'engagement public et ont favorisé la montée d'une idéologie plus corporatiste valorisant l'efficacité et l'efficience.

L'illusion démocratique de la décentralisation

L'analyse du cadre constitutionnel des PROS en santé mentale a révélé que les conseils régionaux dans le secteur de la santé mentale ne détenaient que très peu de pouvoirs et d'autonomie. Bien que l'on ait pu constater un accroissement des pouvoirs pour les régions au cours des décennies 70 et 80, l'existence même des conseils régionaux, comme l'ensemble des structures de participation mises en place dans le cadre de la réalisation des plans régionaux ont été déterminées de manière hiérarchique par une instance qui leur était extérieure. Elles étaient et sont toujours, extrêmement vulnérables à la volonté de ces instances qui les ont créés.

Les conseils régionaux étaient imputables non seulement de leurs décisions et de leurs actions mais ils étaient redevables de leur existence même à une autorité centrale à laquelle ils étaient soumis. Cette situation a limité de manière importante les pouvoirs que détenaient les participants et participantes au PROS en santé mentale de la Montérégie comme dans les autres régions du Québec.

Avant de rechercher les signes de délibération collégiale et d'étudier la réciprocité des négociations, nous avons d'abord identifié les enjeux qui ont été retenus dans le PROS en santé mentale de la Montérégie afin de circonscrire l'aire de négociation disponible et utilisée par les acteurs en région.

Comme nous l'avons déjà mentionné, la *Politique de santé mentale* délimitait une aire de négociation collective comportant un certain nombre d'enjeux que nous avons regroupés en fonction de grandes catégories soit, la définition de la santé mentale, la délimitation des services publics en santé mentale, la coordination des services incluant la répartition des responsabilités et des ressources et finalement la gestion des services.

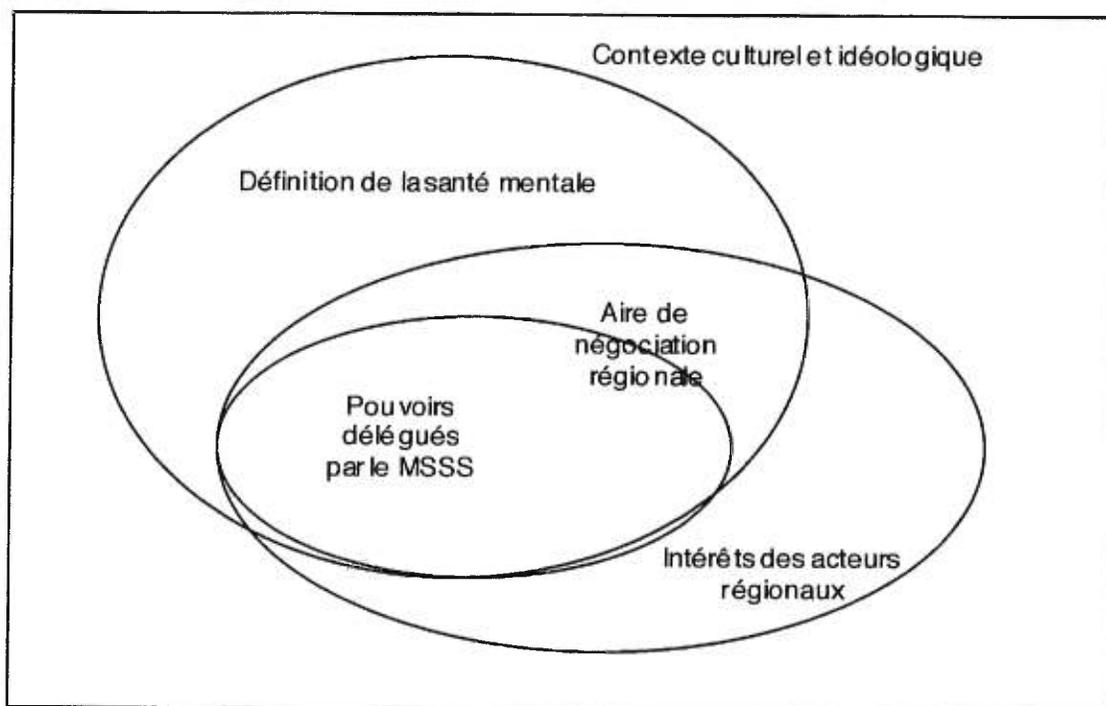
La *Politique de santé mentale* déléguait au niveau régional la responsabilité de négocier certains éléments inscrits dans l'une ou l'autre de ces grandes catégories d'enjeux. Les personnes, et les groupes que ces personnes représentaient, qui ont été appelés à participer à la planification des services en santé mentale de la Montérégie ont manifesté plus ou moins d'intérêt à l'égard de ces enjeux et pouvaient également nourrir des préoccupations qui n'étaient pas circonscrites soit par la *Politique de santé mentale*, soit par le processus de négociation régional.

L'analyse des catégories d'enjeux de la Politique provinciale, des pouvoirs confiés aux conseils régionaux, des intérêts des différents acteurs et des éléments ayant fait l'objet des négociations au cours de l'élaboration du *Plan régional d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie* a permis de mieux saisir la construction de l'aire de négociation en santé mentale. Cette analyse est essentielle à la compréhension du processus de prise de décision et à l'évaluation de la collégialité et de la réciprocité des délibérations, parce que la délibération s'élabore sur des enjeux qui donnent du sens à la participation des acteurs.

La figure suivante illustre l'interaction des niveaux culturel, politique et régional dans la délimitation de l'aire de négociation. Les acteurs régionaux ont tenté d'élargir l'aire dont ils disposaient comme nous l'avons mentionné en redéfinissant la santé mentale et les

valeurs fondatrices de l'intervention publique avec un succès très limité. La délimitation des pouvoirs dont ils disposaient échappait également à leur contrôle.

Figure 6: La construction de l'aire de négociation



L'aire de négociation n'est pas seulement le territoire disponible, la zone d'autonomie du groupe, c'est également le domaine de signification du processus de participation et de communication entre les participants et participantes. Au cours de l'élaboration du plan les participants et participantes ont tenté de donner du sens à leur démarche collective tout en essayant d'obtenir des gains pour les groupes qu'ils représentaient. C'est cet exercice que nous avons reconstruit à partir de l'analyse documentaire.

L'analyse comparative des responsabilités confiées aux conseils régionaux et des enjeux qui ont fait l'objet effectivement des délibérations régionales a révélé la volonté des participants et participantes d'élargir l'autonomie régionale et l'aire de négociation disponible. L'aire de négociation effective a été le fruit de l'interaction des différents groupes d'acteurs qui ont interprété le mandat qui leur avait été dévolu.

Les suites qui ont été données au plan régional en santé mentale, tant par le Ministère que par le Conseil régional témoignent de la fragilité du processus de démocratisation reposant sur la délégation de pouvoirs nationaux vers les régions. On a vu comment dans le cadre de l'approbation du *Plan régional d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie* et plus tard dans les mécanismes de suivi et d'implantation du plan les pouvoirs du Conseil régional ont été étroitement surveillés.

Quant aux pouvoirs exercés par le comité tripartite et les comités tripartites sous-régionaux, le Conseil régional de la Montérégie lui-même a rapidement réinterprété les orientations et les priorités du plan en fonction de nouveaux enjeux. Entre les nouvelles priorités de la direction de la coordination des services en santé mentale qui était mandatée pour mettre en oeuvre le plan et les engagements pris par la direction de la planification des services, en collaboration avec le comité tripartite, un débat s'est vite engagé sur l'obligation de respecter les orientations du PROS. Ces orientations ont été remises en question dès la première année d'implantation du PROS malgré les protestations véhémentes de certains groupes qui se sont sentis trahis par le Conseil régional. Puis un peu plus tard, dans le cadre de la réorganisation de l'ensemble des structures de participation le Conseil régional a progressivement écarté le comité tripartite et les comités sous-régionaux de l'exercice des pouvoirs qu'ils avaient assumé dans le cadre de la réalisation du PROS.

Cela illustre la grande vulnérabilité des instances participatives aux organismes qui les ont constituées. Le désengagement progressif au cours des années 1990, tant du Ministère que des régies régionales envers les plans régionaux d'organisation de services, dans le secteur de la santé mentale et dans tous les autres secteurs d'activités, illustre également de manière éloquente l'extrême vulnérabilité de la participation démocratique qui est demandée ou consentie par une autorité extérieure et centralisatrice.

Les mécanismes de participation et les structures mises en place par une institution centrale sont fragiles et vulnérables parce qu'ils peuvent être remis en question en tout temps par cette autorité. De grands espoirs reposaient sur la décentralisation pour susciter l'engagement des citoyens et des citoyennes dans un processus de démocratisation du réseau de la santé et des services sociaux, comme dans le secteur de la santé mentale, cependant la décentralisation ne s'est révélée qu'une illusion.

Ce que nous avons identifié comme le paradoxe de la double imputabilité ne fait que voiler le véritable caractère d'une administration en réalité centralisée. Jean Turgeon dans ses recherches sur la décentralisation avait repéré deux catégories de conseils régionaux, soit ceux qui tentaient de défendre les intérêts de leur région auprès du Ministère et ceux qui transmettaient les ordres du Ministère vers les régions. Ces deux types de comportements reposaient sur des flux de pouvoirs en apparence contraires, mais le pouvoir exercé n'était pas le même dans les deux directions, puisqu'il s'agissait d'un pouvoir d'influence dans le premier cas où les conseils régionaux se soumettaient et défendaient les intérêts des citoyens et des citoyennes auprès du MSSS et d'un pouvoir de commander dans l'autre cas, où inversement, les conseils se soumettaient au Ministère et exerçaient une autorité déléguée sur les citoyens et les citoyennes de leur région dans leur champ de responsabilités. Quelle que soit leur position les conseils régionaux demeuraient en réalité toujours soumis à l'autorité centrale.

La décentralisation n'est qu'une solution partielle à la démocratisation de l'appareil d'État tant que l'autorité centrale conserve les pouvoirs constitutionnels. C'est pourquoi certains affirment que la véritable démocratie repose plutôt sur la dévolution. Les pouvoirs sont alors exercés par les citoyens et les citoyennes sur une base locale ou régionale et les régions délèguent le minimum de pouvoirs au niveau central. Les pouvoirs centraux demeurent contrôlés et autorisés à partir des instances locales et régionales.

Intérêts spécialisés et intérêt public: l'inaccessible légitimité

Dans le cadre de la planification régionale des services de santé mentale en Montérégie, si on a pu observer l'élargissement de l'espace démocratique au niveau de l'accroissement de la légitimité par l'amélioration des modalités de nomination au sein de collèges électoraux, par l'augmentation du nombre de participants et de participantes et par la diversification des intérêts représentés, certaines limites ont réduit la portée de ces progrès.

Nous ne reviendrons pas ici sur la représentativité croissante des groupe d'acteurs qui ont participé au *Plan régional d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie* et qui se sont rapprochés de plus en plus de la population, de la communauté et de ses intérêts, nous avons déjà traité de cette question. Nous proposons plutôt une relecture de la structuration des intérêts en fonction d'une conception multisectorielle de l'appareil d'État, de la gouvernance et de la représentation

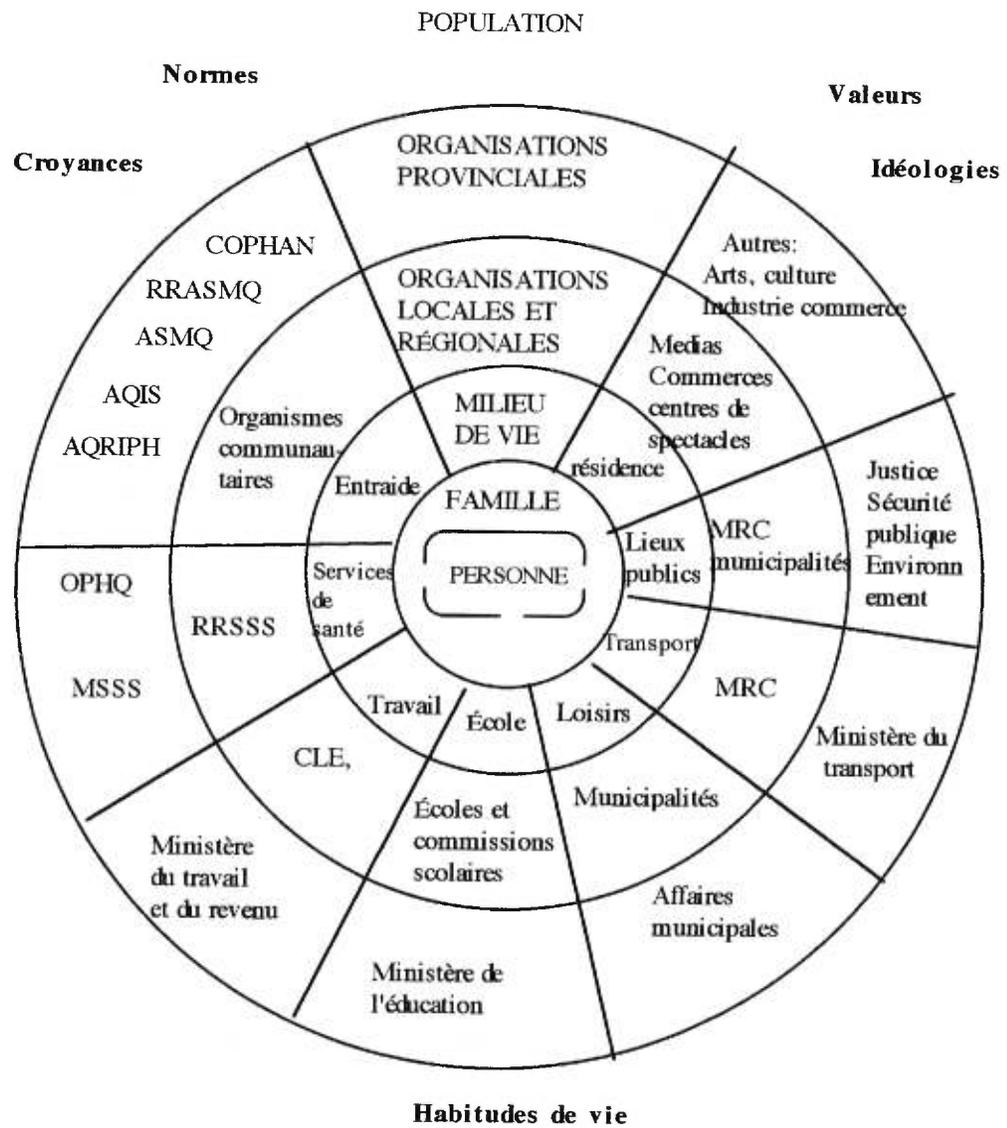
des intérêts de la population. Si certains groupes étaient davantage préoccupés des intérêts des usagers, des usagères, de la communauté ou de la population et intervenaient pour défendre ces intérêts alors que d'autres occupaient et défendaient une position nettement plus corporatiste de producteurs de services ou d'experts, tous entretenaient un rapport particulier avec l'appareil d'État et les services publics dont ils faisaient partie plus ou moins directement, quel que soit le secteur d'activité auquel ils appartenaient.

La représentation s'est construite, en conformité avec la *Politique de santé mentale* autour d'une conception multisectorielle du partenariat. Cette conception de la participation démocratique suggère que l'intérêt général résulte de la somme des intérêts des groupes spécialisés. C'est contre cette idée, qu'il qualifiait de corporatisme, que John Saul s'insurgeait (1997).

La planification régionale des services en santé mentale était limitée à un secteur d'activité relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux qui lui-même n'assumait qu'une partie des responsabilités gouvernementales. La planification régionale était non seulement hiérarchisée, et contrôlée par une autorité centrale elle était sectorisée. En outre à partir d'une conception élargie de la santé mentale elle interpellait tous les secteurs d'activités publiques dans un véritable projet de société.

La hiérarchisation et la sectorisation des activités publiques sont illustrées, dans un modèle écosystémique, à la figure 6.

Figure 7: Hiérarchisation et sectorisation



La sectorisation des intérêts collectifs constitue l'une des dimensions importantes de la structuration des pouvoirs publics. Le contrat collectif comporte ainsi un certain nombre de secteurs d'intervention publique. Ces différents secteurs correspondent à des enjeux sociaux majeurs faisant l'objet de la négociation du contrat collectif. C'est à travers des politiques sectorielles que le gouvernement opérationnalise son mandat, organise les tâches et répartit les responsabilités qu'il détient. Ces secteurs d'intervention de l'État, balisent le contrat social et les interactions entre les individus et l'État. Les secteurs d'intervention publique rejoignent notamment les citoyens et citoyennes dans les divers rôles sociaux qu'il exercent eux-mêmes au cours de leur vie: école, travail, loisirs, consommation.

Chacun des groupes d'intérêts sectoriels, spécialisés occupe une position particulière, selon ce modèle, détient des droits et des responsabilités qui lui sont propres dans un secteur d'activités limité. Selon cette vision segmentée de la société, seuls les citoyens, les citoyennes et leurs représentants à l'assemblée nationale ont des intérêts généraux... en théorie.

La représentation des intérêts dans le secteur de la santé mentale s'est élaborée en réalité à partir de cette vision de la société et suggérait une représentation multisectorielle des intérêts de la population. Cette perspective comportait ses propres contradictions: comment le ministère de la Santé et des Services sociaux dans une politique sectorielle pouvait-il intéresser les autres secteurs d'activités dans son champ de compétence et d'autorité? Comment une politique sectorielle relevant d'un seul ministère pouvait-elle avoir autorité sur tous les autres? Cette situation soulevait toute la question des juridictions et des pratiques intersectorielles.

La *Politique de santé mentale* afin « d'instaurer un véritable partenariat » interpellait tous les secteurs d'activités pouvant avoir une influence sur la santé mentale de la population. Nous avons vu que l'élargissement de la notion de santé mentale faisait de cette politique provinciale un projet de société. Apparaît alors en quelque sorte une contradiction systémique entre la spécialisation de chacun des groupes d'intérêts et l'ampleur du projet qui les interpellait dans un champ qui dépassait leur secteur de responsabilité. Tant le ministère de la Santé et des Services sociaux, avec une politique ministérielle qui dépassait largement le champ de ses compétences, que les partenaires d'autres secteurs qui étaient interpellés dans un nouveau champ, devaient représenter à

la fois leur secteur d'activité spécialisé tout en défendant le bien public et l'intérêt commun.

Nous avons observé que la plupart des participants et des participantes étaient rémunérés, c'est-à-dire que leur participation s'inscrivait donc le cadre de responsabilités professionnelles rémunérées par la corporation qui les avait désignés. Ils représentaient ainsi différentes corporation publiques, parapubliques ou subventionnées par des fonds publics. Ils étaient pour la plupart associés directement ou indirectement à l'appareil d'État québécois.

Il y a eu en définitive deux grandes catégories d'acteurs au *Plan régional d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie*, soit les groupes en lien avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, qui en tant que producteurs ou consommateurs espéraient des gains en termes de responsabilités accrues ou d'augmentation des services, et les groupes des autres secteurs, qui n'espérant pas de gain direct, manifestaient moins d'intérêt. Alors que pour les premiers, leurs intérêts propres les plaçaient pratiquement en conflit d'intérêt avec ceux de la population en général, le désintérêt des seconds faisait d'eux des intermédiaires neutres et crédibles. Cependant ce manque d'intérêt a rendu leur recrutement plus difficile et c'est dans leur groupe que le taux d'absentéisme a été le plus fort. Le recrutement était néanmoins facilité lorsque des liens de collaboration avaient déjà été développés entre des intervenants du réseau de la santé mentale et ceux d'autres secteurs d'activités.

Nous avons donc d'un côté des gens moins intéressés sur lesquels on comptait pour élargir la participation démocratique et de l'autre des gens peut-être trop intéressés, qui risquaient de détourner les décisions en faveur de la corporation qu'ils représentaient. Comment peut-on espérer dans ces conditions arriver à représenter les intérêts des citoyens et des citoyennes et défendre l'intérêt public?

Godbout déplorait que la participation à l'administration publique favorisait un déplacement vers les intérêts des producteurs, puisque ce sont eux, qui sont les plus présents au stade de l'élaboration des décisions dans nos sociétés divisées en producteurs et en consommateurs (Godbout, 1991, p.24). Nous avons observé quant à nous que les intérêts représentés s'inscrivaient effectivement dans une logique de production-consommation des services et que la représentativité était de type sectionnelle.

Nous étions confrontés à la difficulté d'une part d'intéresser les autres secteurs d'activités à des enjeux qui leurs étaient étrangers, lointains ou indifférents et d'autre part au risque de conflit d'intérêts de producteurs ou de consommateurs parfois trop intéressés. Si l'usage du suffrage universel dans les Commissions scolaires et les écoles pour un enjeu assez vaste comme celui de l'éducation ne déplace que peu d'électeurs, il semblait inimaginable, dans le cadre de la réalisation d'un plan régional de songer à recruter des citoyens et des citoyennes. Toute tentative de démocratisation des services publics sur une base sectorielle ou régionale est-elle donc vouée à l'échec?

Une réflexion ou un débat sur cette question en apparence insoluble, apporterait peut-être malgré tout certaines solutions originales. Les Athéniens qui valorisaient l'engagement de tous les citoyens dans les affaires publiques désignaient au hasard les membres de la boulè, groupe chargé de préparer les projets de loi pour l'ecclesia, assemblée de tous les citoyens. Et afin de permettre la participation même des moins fortunés, cette participation était rémunérée. Sans reculer si loin dans le passé, ne fait-on pas usage encore du tirage au sort pour désigner les jurés lors d'un procès, et certaines organisations ne gratifient-elles pas leurs membres de « jetons de présence »? Une autre piste de réflexion nous est fournie par les résultats obtenus dans le cadre de la consultation élargie pendant laquelle nous avons rejoint de nombreux partenaires qui jusque-là avaient manifesté peu d'intérêts, suggérant ainsi que lorsque l'effort demandé est moins important le taux de participation s'élève, ce qu'avait formulé également Nagel (1987).

Coalitions dominantes, consensus et conflictualités

Les différentes modalités de participation au plan d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie ont contribué à élargir l'espace démocratique. Les délibérations ont été intenses et ont permis aux différents acteurs de négocier plus collégalement et réciproquement les enjeux régionaux.

Au sein des groupes d'experts, des comités tripartites régional et sous-régionaux, via l'enquête et la consultation élargie nous avons vu que les participants et les participantes ont exercé une influence et un pouvoir réel sur le contenu du PROS. Malgré les difficultés rencontrées la plupart d'entre eux ont exprimé leur satisfaction et leur fierté quant aux résultats obtenus et ils ont demandé que soient maintenues les structures de participation régionale et sous-régionales. Comme nous l'avons déjà souligné la demande d'élargissement de l'espace démocratique a survécu aux déceptions

rencontrées. Pour plusieurs ce fut une occasion unique d'apprendre à délibérer et à négocier collectivement les enjeux de l'organisation des services en santé mentale de la Montérégie. C'est au sein du comité tripartite régional que les délibérations ont été les plus intenses et que les pouvoirs exercés ont été les plus grands. Les autres modalités de participation, si elles n'ont pas toujours permis des échanges aussi intenses et réciproques ont néanmoins été l'occasion pour plusieurs acteurs de contribuer à la négociation de certains enjeux du plan régional.

Cependant deux difficultés importantes ont été soulignées par plusieurs acteurs et ont été relevées dans le cadre de l'analyse du processus de participation au PROS en santé mentale de la Montérégie. Les résultats de l'enquête menée à la demande du Ministère auprès des membres du 1er et du 3è tiers malgré la satisfaction exprimée à l'égard d'une « expérience difficile et enrichissante » mettaient en lumière ces deux types de difficultés, soit une implication inégale des différents groupes ainsi que des insatisfactions concernant la « pédagogie de participation ».

Plusieurs répondants et répondantes ont déploré la domination qu'ont exercé les producteurs de services, tant les organismes communautaires que les établissements, notamment lorsqu'il était question de la répartition des responsabilités et des ressources. Il leur semblait qu'ils défendaient davantage leurs intérêts corporatistes que le bien commun ou les intérêts des usagers et des usagères. En outre, plusieurs ont déploré le désengagement des représentants du 3è tiers. Les membres du 3è tiers devaient souvent jouer un rôle d'arbitres et se sentaient eux-mêmes peu compétents pour saisir et débattre des enjeux en présence. Quant au rôle du Conseil régional un répondant affirmait qu'il avait exercé trop d'influence alors qu'un autre affirmait que c'est « grâce au sang froid » de l'équipe du CSSSM que l'on a pu négocier un « bon PROS » malgré les dissensions. On a observé que l'implication et le contrôle exercé par les différents groupes étaient inégaux.

Nous avons déjà souligné dans le cadre de l'analyse documentaire sur le processus de réalisation du PROS en Montérégie que les différentes structures de participation ont exercé un degré de pouvoir variable sur les divers enjeux du PROS. Nous avons vu que c'est au sein du comité tripartite que les délibérations et le pouvoir exercé ont été les plus intenses et que la réciprocité des interactions a été la plus grande. Cependant les coalitions que nous avons repérées soit la coalition institutionnelle ou médicale, la coalition communautaire, le 3è tiers et le Conseil régional ont dominé des enjeux

différents et des étapes différentes du processus de réalisation du plan en fonction de la spécificité de leurs intérêts et de leur spécialisation respective.

Cette constatation rejoint les conclusions obtenues par Lemieux. Il affirmait dans le cadre d'une étude portant sur l'élaboration de cinq politiques publiques dans le réseau de la santé et des services sociaux que « les configurations dominantes d'acteurs varient selon qu'il s'agit des processus d'émergence, de formulation ou de mise en oeuvre, lesquels renvoient d'ailleurs l'un à l'autre » (Lemieux, 1994, p.126), les acteurs en question étant regroupés par « alliances » en fonction de leur appartenance « partisane, administrative, médicale, communautaire et managérielle ». Lemieux expliquait cela par une différence dans les « savoirs-faire » respectifs pour résoudre des conflits d'ordre politique, identifier des problèmes ou formuler des solutions. Si l'expertise de chacun des groupes était déterminante pour asseoir son autorité, nous croyons que les intérêts respectifs, la motivation et la crédibilité, bref la capacité à prendre le contrôle était tout autant la cause de sa domination sur un enjeu particulier.

L'analyse des délibérations et du processus de décision relatifs à la réalisation du PROS en santé mentale de la Montérégie révélait de la même manière que certains groupes d'intérêts et certaines coalitions ont dominé la délibération sur des enjeux précis. Par exemple la coalition communautaire a obtenu et contrôlé le débat sur les valeurs fondatrices du plan d'organisation de services. Les parents et les représentants des personnes sont intervenus pour faire valoir les besoins des familles et les droits des personnes en difficulté. Le Conseil régional a dominé des aspects plus techniques et méthodologiques du plan. Les distributeurs se sont particulièrement intéressés à la répartition des ressources et des responsabilités. Bien sûr chacun des groupes défendait plus ardemment, en même temps qu'il était plus habile pour le faire, le champ d'intérêt pour lequel il était spécialisé. Sur certains enjeux toutefois, tous les participants et participantes étaient unanimes alors que d'autres enjeux pouvaient susciter des dissensions au sein d'une même coalition. Les coalitions se recomposaient ou se divisaient en fonction de l'intérêt de chacun des groupes pour l'enjeu débattu.

Chacun des groupes et chacune des coalitions s'est intéressé plus ou moins à l'un ou l'autre des enjeux de l'aire de négociation dans le secteur de la santé mentale. Ils ont tenté de faire inscrire leurs intérêts et leurs préoccupations à l'agenda des négociations. Leur participation et leur motivation était conditionnelle à la coïncidence entre leurs intérêts avec les enjeux du processus de négociation.

Sur le plan de la « pédagogie de participation », dans l'enquête menée auprès des participants et participantes des 1^e et 3^e tiers, on a déploré l'échéancier trop court du Ministère et « l'accélération de la cadence » vers la fin des travaux. On a dénoncé en outre la longueur de débats parfois inutiles qui ont conduit certains protagonistes à se rallier « de guerre lasse » au consensus.

Certains ont qualifié le climat de confiant et harmonieux alors que plusieurs l'ont qualifié de « lourd ou revendicateur », les débats étant souvent polarisés entre le « communautaire » et le « réseau d'établissements ». Un autre répondant affirmait avoir observé l'amélioration d'un climat de revendication au début qui aurait progressé dans le courant des travaux vers la confiance et l'harmonie. Cela peut expliquer en partie le degré de satisfaction général exprimé quant au résultat final, parce que malgré tout, il y aurait eu apprentissage de la participation collégiale et réciproque au cours du processus de participation à la planification régionale.

Dans le cadre de l'analyse du processus de participation au PROS en santé mentale de la Montérégie, nous avons identifié les enjeux en présence. Cette question est centrale pour l'analyse de tout processus de participation démocratique parce que non seulement elle permet d'évaluer la représentativité, la légitimité et les intérêts de acteurs, mais elle est la clef de l'amélioration de la pédagogie de participation. Pour faciliter la participation il faut que les enjeux de l'aire de négociation soient clairement énoncés, que les pouvoirs disponibles soient explicites, que les enjeux en question soient documentés, interprétés, évalués par différents groupes d'acteurs en fonction de leur expertise ou de leur représentativité selon le cas, afin de conduire à une prise de décision éclairée et transparente. Nous croyons que la légitimité des différents groupes n'est pas la même, ni leur expertise, ni leur intérêt et que ces différentes dimensions doivent déterminer la contribution qui est attendue de chacun d'eux.

Les leçons de l'expérience

Les résultats obtenus concernant la participation au plan d'organisation de services en santé mentale nous ont permis d'évaluer la qualité démocratique du processus de participation, d'en démontrer les principaux mécanismes, d'en saisir les paradoxes et les contradictions. De cette analyse nous pouvons énoncer quelques suggestions pour élargir l'espace démocratique.

L'énonciation de la demande démocratique doit alimenter un débat permanent. Engager et maintenir un débat public sur les valeurs fondatrices du projet démocratique et

réaffirmer la volonté collective d'un État démocratique qui détient sa légitimité de la participation des citoyens et des citoyennes aux décisions qui les concernent est une condition de l'élargissement de l'espace démocratique. La participation des citoyens et des citoyennes à ce débat doit être encouragée et soutenue. La santé démocratique est conditionnelle à l'exercice de la citoyenneté par tous et toutes; la participation politique, l'exercice de la citoyenneté doit être considérée non seulement comme un droit, mais comme un devoir et une responsabilité de tout membre de la Cité. C'est dans la société civile que le débat sur l'exercice de la démocratie doit être maintenu vivant afin de garantir l'équilibre entre l'intérêt public et la protection des droits individuels. Les citoyens et les citoyennes doivent être encouragés à participer au débat collectif et à la vie publique.

Décentraliser certains pouvoirs, multiplier les lieux d'exercice de pouvoirs publics pour les citoyens et les citoyennes, voilà autant de mesures propres à promouvoir la participation démocratique. L'aire de négociation doit être suffisamment vaste et significative pour soutenir une véritable participation démocratique. Plus l'aire de négociation sera vaste plus elle suscitera l'engagement et la participation des acteurs. Les acteurs et les actrices doivent détenir une véritable autonomie dans l'aire de négociation et de responsabilité qui leur est impartie.

Sur le plan des structures de participation, il faut mieux cerner les intérêts et la légitimité des différents groupes. Il faut s'interroger sur les modalités de nomination et les mesures susceptibles de soutenir la participation des citoyens et des citoyennes. Un juste équilibre entre l'intensité des efforts requis et l'étendue de la participation est également susceptible d'élargir la représentativité. Clarifier les enjeux, soutenir techniquement les débats, documenter explicitement et clairement ces enjeux, interpeler les différents groupes d'intérêts sont des moyens propres à accroître à la fois la représentativité et la réciprocité des négociations.

Il est important de bien cerner les enjeux relatifs au processus de décision afin de permettre aux différents protagonistes de bien les saisir, cela facilite d'autant le processus de délibération et permet de solliciter la participation des différents groupes au bon moment tout en évaluant leur participation à l'aune de leur représentativité et de leur légitimité respective. Seule une attention particulière à ces conditions est susceptible d'améliorer la pédagogie de participation.

Démocratiser l'administration publique

Bien que la participation publique puisse prendre plusieurs formes, elle semble le plus souvent associée "à l'action collective visant à influencer les décisions gouvernementales" selon la revue de littérature effectuée par Powell et al. (1988, p.2). L'intérêt pour ce type de participation est apparu dans le secteur de la planification urbaine et territoriale au cours des années 60 et 70 et a connu une popularité croissante.

Depuis, l'implication de la population à l'élaboration et à la mise en oeuvre des politiques publiques a été encouragée, puis systématisée. Au Canada, la participation des citoyens et des citoyennes s'est déployée au sein de plusieurs ministères. C'est dans le secteur de la planification territoriale et de l'urbanisme qu'elle a fait ses premières armes (Hamilton, 1985) afin d'améliorer la qualité des décisions politiques.

Au Québec, la planification participative s'est déployée d'abord dans le secteur de l'aménagement du territoire -et l'on se souviendra de l'expérience du BAEQ (Bureau d'aménagement de l'Est du Québec)-, puis dans le secteur de l'éducation et dans celui de la santé et des services sociaux. Jean-François Léonard (1985), qui a étudié ces diverses expériences de participation, déplorait que la participation ait permis la récupération par l'État du dynamisme communautaire. Selon lui, l'État s'est appuyé sur une idéologie de démocratisation et de participation pour imposer ses normes et encadrer les nouveaux mouvements sociaux.

Nos voisins américains ont institutionnalisé la participation de la population à la gestion des services de santé, en 1974, par le "National Health Planning and Resources Development Act" qui créait un réseau national d'agences régionales de planification (Health Systems Agencies). Ces agences ont été créées afin de solliciter l'implication des différents groupes de consommateurs et de citoyens à la planification des services. Les recherches menées par Checkoway sur cette expérience lui ont permis d'observer que les groupes de producteurs de services sont mieux organisés et plus mobilisés que les groupes de consommateurs ou de citoyens pour contrôler les mises en candidature et s'approprier le pouvoir. Cependant le déploiement d'efforts systématiques pour encourager la participation des citoyens et des citoyennes améliore la qualité de la participation publique.(Checkoway, 1981, p.205)

La participation des citoyens et des citoyennes à l'administration publique tire sa légitimité des théories démocratiques selon lesquelles "les citoyens ont le droit de se prononcer sur des décisions qui affectent leur vie". La revue de littérature sur la participation publique réalisée par Powell et al (1988) les conduit à déplorer que seulement 20% des documents recensés soient empiriques, c'est-à-dire concernent des études de cas ou des recherches sur la participation, la plupart se limitant à des considérations théoriques et épistémologiques. Selon eux la recherche devrait tenter de combler certaines lacunes au niveau des "liens conceptuels entre les théories démocratiques et les efforts pratiques pour rendre la participation des citoyens efficaces" (p.6) Les aspects éthiques devraient être clarifiés, on devrait déterminer quelles modalités permettraient une participation satisfaisante et pour quelles problématiques elle devrait être encouragée.

Leurs conclusions rejoignent celles de Léonard (1985) affirmant que nous n'en sommes qu'aux premiers balbutiements de la planification participative, c'est-à-dire plutôt à une phase de négociation des dimensions éthiques et d'élaboration de la théorie que d'expérimentation et de contrôle des modalités de participation de la population.

Malgré les résultats décevants auxquels arrivent plusieurs recherches, plusieurs groupes d'acteurs sociaux maintiennent leur demande quant à la démocratisation de l'administration publique. Au Québec plusieurs réformes ministérielles se sont inspirées de cette demande. Le modèle théorique présenté plus haut nous aide à comprendre les paradoxes qui hantent la démocratie et nous suggère quelques pistes de réflexion concernant la démocratisation de l'administration publique. Comment pouvons-nous franchir le pont entre la théorie et la pratique, entre l'utopie et la réalité?

La démocratie repose sur un projet et sur un ensemble de valeurs démocratiques. La démocratie repose sur la civilité, sur le désir de vivre ensemble harmonieusement, sur la volonté de concilier le bien commun et les droits individuels, sur l'engagement de citoyens et de citoyennes responsables. Elle exige une volonté claire de soutenir la participation des citoyens et des citoyennes. Si les lieux de la participation publique se multiplient en marge des appareils politiques et étatiques, l'État doit préserver et promouvoir la participation démocratique.

Afin de trouver les modalités propres à soutenir ce projet, tout État démocratique devra résoudre les tensions entre les valeurs qui hantent ce projet pour franchir le pont entre l'utopie et la réalité. Au-delà du conflit qui oppose la social-démocratie et le

néolibéralisme sur les droits de propriété et la répartition des richesses la démocratie exige la répartition du pouvoir à tous les citoyens et à toutes les citoyennes, l'État démocratique doit garantir l'exercice de la souveraineté du peuple.

Ce n'est que par une réelle décentralisation des pouvoirs que la démocratisation des services publics est possible non seulement parce qu'elle rapproche les lieux décisionnels des citoyens et des citoyennes mais encore parce qu'elle augmente les pouvoirs dont ils disposent, qu'elle élargit l'aire de négociation disponible pour la participation démocratique. Cependant la décentralisation des pouvoirs confronte les États démocratiques avec la nécessité de garder une cohérence «nationale», de préserver centralement le «bien public».

L'instauration de structures de participation publique aux instances sectorielles ou locales n'a pu garantir à elle seule l'amélioration de la participation démocratique et la représentativité des intérêts publics de tous les citoyens et de toutes les citoyennes. S'il y a un fléchissement généralisé de l'intérêt de la population pour la participation électorale, ce qui remet en question la légitimité des personnes chargées de gouverner, la participation aux institutions publiques locales ou sectorielles requiert une réflexion approfondie sur la légitimité et la représentativité des personnes mandatées pour défendre les intérêts de la population au sein d'instances locales ou spécialisées.

Nous sommes en quête de nouvelles modalités de négociation du projet de société et nous avons besoin de développer de nouvelles approches méthodologiques, pédagogiques et politiques soutenant la participation démocratique dans le respect de la diversité. L'objectif de démocratisation de l'administration publique, s'il doit être maintenu, passe par la diffusion du pouvoir et la politisation des citoyens et des citoyennes engagés collégialement dans la négociation du projet collectif.

Il appartient aux citoyens et aux citoyennes non seulement de négocier leurs besoins et les modalités de réponse à ces besoins, mais également de décider de la quantité d'État nécessaire à l'accroissement de la justice, à la régulation du processus démocratique, au respect des libertés individuelles et de l'espace culturel.

« Ainsi, la démocratie, qui exige à la fois consensus et conflictualité, est bien plus encore que l'exercice de la souveraineté du peuple. C'est un système complexe d'organisation et de civilisation politiques qui nourrit (en s'en nourrissant) l'autonomie d'esprit des individus, leur diversité d'opinion et d'expression, et l'idéal trinitaire Liberté, Égalité, Fraternité » (Morin, 1993, p.133).

Que l'on affirme avec enthousiasme, comme Naisbitt (1984), que nous vivons une période de transition entre la démocratie de représentation et la démocratie de participation, que l'on parle des nouveaux mouvements sociaux, comme Rosanvallon (1988), Thériault (1987), et Maheu (1991), ou encore de luttes pour l'acquisition du contrôle de l'historicité, comme Touraine (1987, 1998), il est indéniable que nous assistons à l'émergence de nouveaux modes de négociation du contrat social et de production de la société.

La démocratie doit habiter notre culture, nos organisations politiques, nos institutions étatiques et sociales et résider dans la réciprocité des interactions de chacun des citoyens et des citoyennes avec l'État, à part égale, sans aucune discrimination. La multiplication des lieux de négociation du projet collectif est la meilleure façon d'enfanter une véritable démocratie.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNON, Philippe, (1987), Au-delà de la cohabitation: vers une démocratie nouvelle, Paris: Albatros
- ARTERTON, F. Christopher, (1987), Teledemocracy, can technology protect democracy?, Newbury Park: Sage.
- BATTISTA, R., BOYLE, P., CAMIRAND, F., CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A-P., PINEAULT, R., WILLIAMS, J., (1985), La recherche évaluative en santé au Québec: concepts et réalisations, Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé et Centre Kellog de l'Université McGill; Université de Montréal.
- BEAUD, Michel, LATOUCHE, Daniel, (1988). L'art de la thèse: comment préparer et rédiger une thèse, un mémoire ou tout autre travail universitaire. Montréal; Boréal.
- BEAUSOLEIL, Jacques, (1986), Des ressources alternatives en santé mentale de la Montérégie: un projet de recherche-action-formation, Tome 1, Université de Montréal
- BEETHAM, David, (1987), Bureaucracy, Minneapolis: University of Minnesota.
- BÉGIN, Clermont., (1986), Evaluation: un cadre conceptuel et une application au système de santé et de services sociaux, Québec, Université de Laval.
- BÉGIN, Clermont, LABELLE, Bernard, BOUCHARD, Françoise, (1987), Le budget: le jeu derrière la structure: rapport remis à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, Québec: gouvernement du Québec
- BÉLANGER, Jean-Pierre, (1983), Les mutations de l'Etat-Providence et le devenir des CLSC, Montréal: Fédération des CLSC
- BÉLANGER, Jean-Pierre, (1987b) , La concertation dans le réseau des services de santé et des services sociaux au Québec: dossier thématique, Québec: Gouvernement du Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.
- BELANGER, Jean-Pierre, (1987a), Un mouvement mondial vers l'élaboration d'objectifs de santé et de bien-être: dossier thématique présenté à la Commission d'enquête sur les services sociaux et de santé, Gouvernement du Québec
- BÉLANGER, André-J. et Vincent LEMIEUX, (1996), Introduction à l'analyse politique, Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

BERGERON, Pierre, (1992), La Commission Rochon sous le prisme des alliances, thèse de doctorat présentée au Département de science politique, Université Laval.

BERGERON, Pierre, (1985), La recherche évaluative au Ministère des Affaires sociales, in: Carrefour des affaires sociales, vol 7, no 2, 33-36

BERGERON, Pierre, (1985), La direction de l'évaluation des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation des programmes

BHERER, Harold, GODBOUT, Jacques, BRASSARD, Lise, TURGEON, Jean, (1986), Le miroir magique de la décentralisation: perception des conseils régionaux de la santé et des services sociaux, Québec: rapport de recherche subventionnée par la Direction de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux.

BIBEAU, Gilles, (1984), Le facteur humain en politique: application au domaine de la santé mentale, Santé mentale au Québec, vol. XI, #1, 19-41

BIBEAU, Gilles (1996), Chaos d'un fin de millénaire: modestes propositions pour aider à s'en sortir, in Cahier souvenir de la Revue santé mentale au Québec: 20 ans de santé mentale au Québec: regards critiques des acteurs et des collaborateurs

BIBEAU, Gilles et al.,(Groupe interuniversitaire de recherche en anthropologie médicale et en ethnopsychiatrie) (1988), La recherche en santé mentale et toxicomanie: spécificité de l'approche sociale et perspectives de développement, Québec: Gouvernement du Québec, Conseil québécois de la recherche sociale.

BILLETTE, Isabelle, Deena WHITE, Céline MERCIER, (1995), Les rapports dynamiques du processus partenarial, un regard dans le domaine de la santé mentale, Rapport final soumis au Conseil québécois de la recherche sociale.

BOLDUC, Mario, (1986), Analyse de la cohérence de politiques québécoises à l'égard des personnes ayant des incapacités: les clientèles ou problématiques considérées, Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, service de l'évaluation des programmes de services sociaux.

BOUCHARD, Camil, (1987), Intervenir à partir de l'approche écologique: au centre, l'intervenante in Service social, vol 36, nos 2et3, pp 454-477.

BOUDREAU, Françoise, (1984), De l'asile à la santé mentale, Saint-Martin: Montréal.

BOUDREAU, Françoise, (1990) Stakeholders as Partners? The Roots and Challenges of a New Politically Powerful Concept in Mental Health, Paper presented at the 25th Annual Meeting of the Canadian Sociology and Anthropology Association (version inédite)

BRADLEY, John, An Educational Approach to Health Planning, in CHECKOWAY, Barry, (1981), Citizens and Health Care: Participation for social change, Toronto: Pergamon, pp 182-191

BRASSARD, Lise, (1987), La participation: dossier thématique. Québec: Gouvernement du Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

BRONFENBRENNER, V. (1979), *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.

BRIERE, Marc, GRAND'MAISON, Jacques, (1980), Un nouveau contrat social, Ottawa: Leméac.

BURNHEIN, John, (1985), Is democracy possible? The alternative to electoral politics, Los Angeles: University of California.

CARON, Simon, (1990), Allocution lors du colloque "Que vaut la consultation publique dans l'élaboration des politiques?", Institut d'administration publique du Canada.

Centre pour le développement de la productivité dans le secteur public, Conseil du Trésor, (1985), Pour une rénovation de l'administration publique, Québec: gouvernement du Québec.

CHANLAT, Jean-François, (1990), Vers une anthropologie de l'organisation in L'individu dans l'organisation, Québec: Presses de l'Université Laval.

CHECKOWAY, Barry, (1981), *Innovative Citizen Participation in Health Planning Agencies*, in CHECKOWAY, Barry, Citizens and Health Care: Participation for social change, Toronto: Pergamon. pp.118-138

CHECKOWAY, Barry, (1981), Citizens and Health Care: Participation for social change, Toronto: Pergamon.

CHECKOWAY, Barry, (1981), *Citizen Action in Health Planning*, in CHECKOWAY, Barry, Citizens and Health Care: Participation for social change, Toronto: Pergamon. pp 205-221

Collectif de défense des droits de la Montérégie, (1991), Influençons les changements en cours! Nous avons notre mot à dire sur les services de santé mentale en Montérégie.

Comité conjoint-MSSS-CRSSS sur les plans régionaux de services (1987), Plans régionaux de services: principes et orientations,

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, (1987c), La participation: la Commission vous consulte sur..., Québec: Gouvernement du Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, (1987b), Le communautaire: la Commission vous consulte sur..., Québec: Gouvernement du Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, (1987d), Centralisation-décentralisation: La Commission Rochon vous consulte sur..., Québec, Gouvernement du Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, (1987a), La multisectorialité: la Commission vous consulte sur..., Québec: Gouvernement du Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, (1987e), Résumé du rapport, Gouvernement du Québec.

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, (1987f), Rapport, Gouvernement du Québec.

Conférence des CRSSS du Québec, (1986b), Mémoire de la Conférence des conseils régionaux sur des pistes de solutions aux problèmes du système de santé et de services sociaux québécois présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec: Conférence des CRSSS

Conférence des CRSSS du Québec, (1986a), Réaction de la Conférence des conseils régionaux à la demande de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux relativement aux problèmes et enjeux du système de santé et de services sociaux, Québec: Conférence des CRSSS

Conférence des CRSSS du Québec, (1987), Le devenir des fonctions et de l'organisation régionale: orientations 1987-1992, Québec: Conférence des CRSSS.

Conférence des CRSSS du Québec, (1987), Actes de colloque à l'intention des membres de conseils d'administration des conseils de la santé et des services sociaux.

Conférence des CRSSS du Québec, (août 1991) L'expérience du comité tripartite en santé mentale: rapport de la consultation, inédit

Conseil québécois de la recherche sociale, (1990), L'impératif du développement de la recherche sociale au Québec: Aspects particuliers du mémoire présenté à la Commission parlementaire des affaires sociales, Québec.

Conseil de la Santé et des Services sociaux de Montréal métropolitain, (1990), Plan d'organisation des services de santé mentale de la région de Montréal métropolitain,

Conseil de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie, (1991), Plan régional d'organisation de services en santé mentale

Conseil de l'Europe, comité pour les affaires sociales, (1984), Actes du colloque sur la participation des usagers au fonctionnement et à la gestion des services sociaux, Strasbourg: Conseil de l'Europe.

Conseil des affaires sociales et de la famille, (1976), Promotion de la participation des groupes populaires à la gestion des services publics et au développement des communautés, Québec: Gouvernement du Québec

Conseil des Affaires sociales, (1990), Financement des services de santé: défis pour les années 90, Québec: Gouvernement du Québec, et Boucherville: Gaétan Morin.

Conseil des Affaires sociales, (1990), Agir ensemble: rapport sur le développement, Québec: Gouvernement du Québec, et Boucherville: Gaétan Morin

Conseil des Affaires sociales, (1989), Deux Québec dans un: Rapport sur le développement social et démographique, Boucherville: éd. Gaétan Morin

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, (1984), Niveau de financement des services de santé: quelques critères d'appréciation, Montréal: Université de Montréal

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, (1986), Analyse de la dynamique des systèmes de santé, Montréal, Université de Montréal.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, CHAMPAGNE, François, POTVIN, Louise, DENIS, Jean-Louis, BOYLE, Pierre, (1989). Savoir préparer une recherche. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Conseil de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie et Groupe interdisciplinaire en santé.

COOPER, Martha, (1982), La recherche d'un consensus: organiser le dialogue entre les pouvoirs publics et interlocuteurs sociaux, l'expérience de cinq pays, Paris: Organisation de coopération et de développement économique.

CORIN, Ellen, (1987), Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse; synthèse dirigée et critique présentée à la Commission Rochon. Gouvernement du Québec.

CORIN, Ellen; BIBEAU, Gilles; MARTIN, Jean-Claude; LAPLANTE, Robert; (1990), Comprendre pour soigner autrement, Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

CORIN, Ellen, Frédéric GRUNDBERG; Guylaine SÉGUIN-TREMBLAY; Lise TESSIER, (1985). La santé mentale - de la biologie à la culture, Gouvernement du Québec, Comité de la santé mentale.

CÔTÉ, Marc-Yvan, (1990), Notes pour l'allocution lors de l'assemblée de fondation de "Villes et villages en santé", Québec, 25 mai 1990.

D'ANNUNZIO, Suzanne, (1986), L'expérience en évaluation de programme au Ministère de la santé et des services sociaux, communication présentée à la Conférence annuelle de la Société canadienne d'évaluation de programme, avril 1986, Québec: Direction de l'évaluation et de la planification, ministère de la Santé et des Services sociaux.

DE SARIO, Jack, LANGTON, Stuart, (éditeurs), (1985), Citizen Participation in Public Decision Making, New York: Greenwood Press.

DEMERS, Louis, (1987), L'évaluation, Québec: Gouvernement du Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

DESLAURIERS, Jean-Pierre, (1987), Les méthodes de la recherche qualitative, Sillery: Université du Québec

DORE, Gérald, GAUDREAU, Lorraine, (1989), Politique sociale, politique partisane et profession, in, Service social: les politiques sociales, vol. 38, # 2-3, pp.246-262.

DUFRESNE, Jacques, (1994), La démocratie athénienne, Ayers Cliff; L'Agora.

DUHAMEL, Olivier, (1993), Les démocraties: régimes, histoire, exigences, Paris: Seuil

DUHL, Léonard, STEPHEN, Blum, Health Planning and Social Change: Critique and Alternatives, in CHECKOWAY, Barry, (1981), Citizens and Health Care: Participation for social change, Toronto: Pergamon.

DURAND, Robert, (1984) Identification des obstacles qui freinent la participation des usagers socialement les plus défavorisés et moyens à mettre en oeuvre pour les surmonter dans Conseil de l'Europe, comité pour les affaires sociales, (1984), Actes du colloque sur la participation des usagers au fonctionnement et à la gestion des services sociaux, Strasbourg: Conseil de l'Europe.

Ecole nationale d'administration publique, (1984), Décentralisation: Un effritement de l'état ou un enrichissement de la démocratie, Montréal: ENAP

ENRIQUEZ, Eugène, (1988), De la horde à l'État; essai de psychalyse du lien social, Paris: Gallimard.

ELLENBERGER, Dorothy, Participation is not enough, in CHECKOWAY, Barry, (1981), Citizens and Health Care: Participation for social change, Toronto: Pergamon, pp 49-61

EPP, Jake, (1986), La santé pour tous: Plan d'ensemble pour la promotion de la santé, Gouvernement du Canada, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

EPP, Jake, (1988), La santé mentale des Canadiens: vers un juste équilibre, Gouvernement du Canada, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

FLEURY, Marie-Josée, (1996), Présentation et évaluation de la réforme:PROS en santé mentale de la Montérégie, inédit: Rapport de recherche présenté à Jean-Louis Denis, Université de Montréal, département de l'administration de la santé.

Fonds de la recherche en santé du Québec, (1988), Plan triennal 1988\1991 de développement et de consolidation de la recherche en santé au Québec: un reflet de la communauté québécoise, Montréal: Fonds de la Recherche en Santé au Québec

Fonds de la recherche en santé du Québec, (1990), Profil de la recherche en santé au Québec, Montréal: Fonds de la Recherche en Santé au Québec.

FORTIN, Andrée, (1991), La participation: des comités de citoyens au mouvement communautaire, dans GODBOUT, Jacques, T., (1991), La participation politique: leçons des dernières décennies, Québec: Institut québécois de recherche sur la culture.

FORTIN, Jean-Paul, O'NEIL, Michel, GROLEAU, Gisèle, LEMIEUX, Vincent, CARDINAL, Lise, RACINE, Pierre, (1991), Les conditions de réussite de "villes et villages en santé", Québec: UniversitéLaval

FORTIN, Pierre, (1997), Du code à l'éthique dans Pour une éthique de la solidarité: colloque de la Fédération des CRPDI.

FOURNIER, Jacques, QUESTIAUX, Nicole, (1981), Le pouvoir du social, 2è éd., Paris: Presses Universitaires de France.

FRENCH, Richard D., (1987), Le ministre et l'analyse des politiques publiques: allocution prononcée devant les membres de l'Institut d'administration publique du Canada, avril 1987, Gouvernement du Québec, Office des ressources humaines.

GARNEAU, Hélène, POITRAS, André, SAVARD, Louis., (1986), L'évaluation de programmes: son implantation dans trois ministères - Justice, Santé et Services sociaux, Sécurité du Revenu, Gouvernement du Québec, Conseil du Trésor.

GAUTHIER, Benoît, (1982), Méta-évaluation en affaires sociales: analyse de cent cas de recherches évaluatives: analyse réalisée pour le compte du Secrétariat à la Coordination de la Recherche, et Conseil québécois de la recherche sociale, Hull.

GÉLINAS, Karine, (1999), La concertation, les consensus, les ententes: des actions autour du processus décisionnel, in Dire: La revue de cycles supérieurs de l'Université de Montréal, Vol 8, no 3, p. 25-27.

GENDREAU, Claude, (1988), Le public, le privé, le communautaire: acteurs et promoteurs sur le marché de la santé mentale in Santé mentale au Québec, vol XIII, 1, (pp 48-56)

GIDDENS, Anthony, (1987), La constitution de la société, Paris: Presses universitaires de France

GODBOUT, Jacques, T., (1991), La participation politique: leçons des dernières décennies, Québec: Institut québécois de recherche sur la culture.

GODBOUT, Jacques, T., (1988), Le communautaire public: le cas d'un CLSC, Montréal: INRS-urbanisation

GODBOUT, Jacques, (1987), La démocratie des usagers, Montréal: Boréal express

GODBOUT, Jacques, (1983), La participation contre la démocratie, Montréal: St-Martin.

GODBOUT, Jacques, (1979), La décentralisation en pratique: Quelques expériences montréalaises (1979-1977), Montréal: INRS

GODBOUT, Jacques, (1974), Participation et innovation: L'implantation des centres locaux de services communautaires et les organismes communautaires autonomes, Montréal: Université du Québec.

GODBOUT, Jacques (1973), Centres locaux de services communautaires et les organismes populaires: Etude sur l'implantation des CLSC en milieu urbain, 2ème partie: Le rôle des usagers et le processus d'implantation: version préliminaire, Montréal: INRS.

GODBOUT, Jacques, COLLIN, Jean-Pierre (1977), Les organismes populaires en milieu urbain: contre-pouvoir ou nouvelle pratique professionnelle, Montréal: INRS-urbanisation

GODBOUT, Jacques, LEDUC, Murielle, COLLIN, Jean-Pierre, (1987) La face cachée du système: rapport présenté à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, Gouvernement du Québec

GODBOUT, Jacques, T., en collaboration avec Alain Caillé, (1992), L'esprit du don, Montmagny: Boréal.

GODUE, Charles, CHAMBAUD, Laurent, (1981), Les risques d'une politique de santé. Revue canadienne de politique sociale, # 18, pp. 112-121

Gouvernement du Québec, Assemblée nationale, (1990), Projet de loi 120, Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, Québec: Editeur officiel.

GRANDMAISON, Aline, (1986), Evaluation des ressources alternatives à l'institutionnalisation des personnes âgées: recension des écrits, Tome IV, Centre de services sociaux du Montréal métropolitain.

Groupe de recherche Ethos, Université du Québec à Rimouski, (1990), Le pouvoir et la légitimité de l'intervention de l'Etat auprès des familles en lien avec l'autorité et la compétence parentales, dans le contexte des législations et des pratiques existantes, Gouvernement du Québec: Conseil de la Famille

GUBA, Eyong, LINCOLN, Yvonna, (1989), Fourth generation evaluation, Newbury Park, Calif.: Sage.

HALL, Edward, T, (1966 édition originale), La dimension cachée, édition française 1971, Paris: Seuil.

HAMILTON, T. Neil, (1985), Evaluating the Effectiveness of Public Participation Programs as a Basis for Decision Making, thesis submitted to the University of Manitoba in partial fulfillment of the requirements for the degree of master in city planning.

HERMET, Guy, (1989), Le peuple contre la démocratie, Paris: Fayard,

HINDESS, Barry, Actors and Social Relations, in, WARDELL, Mark L., TURNER, Stephen P., (eds), (1986), Sociological Theory in Transition, Allan and Unwin.

HUBERMAN, A. Michael, Mathew B. MILES, (1991), Analyse des données qualitatives: recueil de nouvelles méthodes, Bruxelles: De Boeck.

JACQUARD, Albert, (1997), Petite philosophie à l'usage des non-philosophes, Québec-livres

JACQUES, Daniel, (1995), Tocqueville et la modernité, Québec: Boréal

KLEIN, J-L., GAGNON, C., (1989), Le social apprivoisé: le mouvement associatif, l'état et le développement local, Hull: ed. Asticou

LABORIT, Henri, (1974), La nouvelle grille, Paris: Gallimard

LAFLAMME, Michel, (1987), Support des méthodes qualitatives dans l'évaluation de programme, Québec: CSSQ

LALONDE, Marc, (1978), Nouvelle perspective de la santé des Canadiens, Ottawa: Gouvernement du Canada, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

LAMARCHE, Paul-A., (1991), La position du Ministère relativement aux PROS, dans Les actes du forum: Ensemble, c'est pros...cible,

LAMOUREUX, Henri, (1996), Le citoyen responsable, Montréal: VLB

LAMOUREUX, Jocelyne, (1994), Le partenariat à l'épreuve, Editions Saint-Martin.

LAMOUREUX, Jocelyne, LESEMANN, Frédéric, (1987), Les filières d'action sociale: rapport de recherche présenté à la Commission d'enquête sur les services sociaux et de santé, Québec: Gouvernement du Québec.

LANGLEY, Ann; LOZEAU, Daniel; SAVARD, Louise; DENIS, Jean-Louis, (1990), La planification stratégique dans le secteur hospitalier, Administration sociale et hospitalière, vol 36, no 4, 19-29.

LAPLANTE, Laurent, (1987), Actes du colloque: L'évaluation des programmes publics au Québec, où en sommes-nous?, Québec, Gouvernement du Québec, Conseil du Trésor, Centre pour le développement de la productivité dans le secteur public.

LAVOIE-ROUX, Thérèse, (1987), De la contribution des citoyens à l'administration régionale du réseau de la santé et des services sociaux, allocution au colloque des membres des Conseils d'administration des Conseils de la santé et des services sociaux du Québec.

LECOMTE, Roland, RUTMAN, Leonard, (éds.), Introduction aux méthodes de la recherche évaluative, Ottawa: Université de Carleton

LECOURS, Marc, (1990), Le système sociosanitaire, sa régulation et les dimensions à intégrer, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des politiques et des systèmes financiers.

LEMIEUX, Vincent, (1994), Les politiques publiques et les alliances d'acteurs *dans* Lemieux, Vincent, Pierre Bergeron, Clermont Bégin, Gérard Bélanger, Le système de santé au Québec, Québec: Presses de l'Université Laval.

LEMIEUX, Vincent, (éditeur) (1990), Les institutions québécoises: leur rôle, leur avenir. Colloque du cinquantième anniversaire de la faculté des sciences sociales de l'Université Laval, Québec: Presses de l'Université Laval.

LEMIEUX, Vincent, (1989), La structuration du pouvoir dans les systèmes politiques, Presses de l'Université Laval

LEMIEUX, Vincent, (1988), Les sondages et la démocratie, Québec: Institut québécois de recherche sur la culture.

LÉONARD, Jean-François, (1985), L'évolution du sens démocratique dans l'administration publique québécoise: Une étude des rapports de l'Etat aux organisations populaires, à travers l'analyse de politiques publiques québécoises (1969-1980), thèse de doctorat d'Etat en Science politique, Grenoble: Institut d'études politiques de Grenoble.

LESEMANN, Frédéric, LAMOUREUX, Jocelyne, (1987), Le rôle et le devenir de l'Etat-Providence, remis à la Commission d'enquête sur la Santé et les services sociaux, Québec: Gouvernement du Québec.

LESEMANN, Frédéric, (1988), Eclatement ou recomposition du social? Quelques réflexions à partir de la situation du Québec et d'ailleurs, dans: Revue d'action communautaire, #20\60, pp 125-143

LÉVY, Pierre, (1995), L'intelligence collective: pour une anthropologie du cyberespace, Paris: Éditions La Découverte

MAHEU, Louis, (1991), Nouveaux mouvements sociaux, mouvement syndical et démocratie, Les pratiques sociales au Québec, vol 4, # 1, pp.121-132

MARANDA, Marc-André, Robert PAMPALON, (1985), Un cadre de référence pour la détermination de priorités en santé: version préliminaire, Direction Planification et promotion de la santé, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

MARANDA, Marc-André, (1996), Planification centrale et régionale in TREMBLAY, Mireille, Hung NGUYEN, et Jean TURGEON (éditeurs)La planification régionale des services sociaux et de santé: enjeux politiques et méthodologiques, Québec: Les publications du Québec, pp. 25-39

MARTIN, Pierre, (1978), Analyse quantitative de l'impact des programmes: développement méthodologique, Québec: Ministère des Affaires sociales, Direction générale de la planification, service des études opérationnelles

MAYER, Robert, R., (1985), Policy and program planning: a developmental perspective, Englewood Cliffs: Prentice-Hall

Ministère des Affaires sociales, (1971), Medics: Modèle d'évaluation des interrelations complexes de la santé, Gouvernement du Québec: Direction générale de la planification.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1987a), Analyse des mémoires à la Commission des affaires sociales sur le projet de politique de santé mentale (inédit)

Ministère de la Santé et des Services sociaux, (1987), Pour un partenariat élargi: Projet de politique de santé mentale pour le Québec, Gouvernement du Québec

Ministère de la Santé et des Services sociaux, (1989a), Orientations en matière de santé et de services sociaux, Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, (1989b), Statistiques évolutives des dépenses gouvernementales pour la mission sociale, 1979-80 à 1988-89, Québec: Direction générale de la planification et de l'évaluation, service des Etudes opérationnelles.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1989c), Politique de santé mentale, Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la prévention et des services communautaires, (1989), La santé mentale dans les centres locaux de services communautaires, Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, (1990), Une réforme axée sur le citoyen, Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997), Orientations pour la transformation des services de santé mentale: document de consultation, Gouvernement du Québec

Ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada, (1988), La santé mentale des canadiens: vers un juste équilibre, Gouvernement du Canada.

- MONIÈRE, Denis, (1985), Avez-vous lu Hirshman? Essai sur la déception politique, Québec/Amérique, Montréal
- MORGAN, Gareth, (1986), Images of Organizations, Beverly Hills: Sage.
- MORIN, Edgar, KERN, Brigitte (1993) Terre-Patrie Paris: Seuil
- MORONE, James, MARMOR, (1981), Theodore R., Representing Consumer Interests: The Case of American Health Planning in CHECKOWAY, Barry, Citizens and Health Care: Participation for social change, Toronto: Pergamon.
- MULAZZI, Pierrette, (1987), L'exercice du droit de participation dans les établissements in (LAJOIE, André, Patrick MOLINARI, et al), Pour une approche critique du droit de la santé, Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- NADEAU, Marc-André,(1988), L'évaluation de programmes: théorie et pratique, Sainte-Foy: Université Laval.
- NAGEL, Jack, (1987), Participation, Toronto: Prentice Hall, 195p
- NAISBITT, John, (1982 version originale), Les dix commandements de l'avenir, (1984), Paris:Paris, Montréal: Primeur
- OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC, L'intégration sociale des personnes handicapées: un défi pour tous. Polititique d'ensemble À part... égale, Québec: Direction générale des publications gouvernementales.
- O'NEIL, Michel, (1991), La participation dans le secteur des affaires sociales: le Québec face aux récentes suggestions de l'Organisation mondiale de la santé, IN GODBOUT, Jacques, T., (1991), La participation politique: leçons des dernières décennies, Québec: Institut québécois de recherche sur la culture.
- Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, (1984), But régionaux proposés dans le cadre de la stratégie régionale de la santé pour tous
- Organisation mondiale de la Santé, (1981), L'évaluation des programmes de santé: principes directeurs pour son application dans le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national, Genève.
- Organisation mondiale de la Santé, (1987), Evaluation de la santé pour tous d'ici l'an 2,000; septième rapport sur la situation sanitaire dans le monde, vol 1, analyse mondiale, Genève: OMS
- Organisation mondiale de la Santé, (1981), L'évaluation des programmes de santé: principes directeurs pour son application dans le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national, Genève.
- Organisation mondiale de la santé, (1986), Une politique publique saine, présenté à la conférence internationale organisée pour la promotion de la santé organisée par l'Association canadienne de santé publique, Ottawa, 18 juin
- OUELLET, André, (1990). Guide du chercheur: quelques éléments du zen dans l'approche holistique. Boucherville: Gaëtan Morin.

- OUELLET, Francine, LAMPRON, Christiane, (1987), Bilan des évaluations portant sur les services sociaux: rapport présenté à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, Québec: Gouvernement du Québec.
- PAGÉ, Jean-Charles, (1961), Les fous crient au secours, Montréal: éditions du Jour
- PASCOT, Daniel, BANVILLE, Claude, NGUYEN, Hung, MANTHA, Robert, RIDJANOVIC, Dzenan, (1987), Bilan critique et cadre conceptuel des systèmes d'information dans le domaine de la santé et des services sociaux : rapport du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec: Gouvernement du Québec.
- PANET-RAYMOND, Jean et Denis BOURQUE (1991), Partenariat ou pater-nariat? La collaboration entre établissements publics et organismes communautaires oeuvrant auprès des personnes âgées à domicile, Université de Montréal: Groupe de recherche en développement communautaire
- PATEMAN, Carole, (1979), The problem of political obligation: A critique of Liberal theory, 2^e édition, 1985, Los Angeles: University of California Press.
- PATEMAN, Carole, (1988), The sexual Contract, Stanford: Stanford University Press.
- PATRY, Maurice, (1997), Table ronde de l'Institut international des Sciences administratives: Quel a été l'impact des réformes administratives, des nouvelles méthodes de management et des technologies modernes sur l'efficacité des gouvernements, en particulier sur les relations entre l'État et les citoyens et sur la prestation des services sociaux, Québec, 14-17 juillet.
- PATTON, Michael, (1987), Creative evaluation, Beverley Hills, Calif.: Sage
- PATTON, Michael, (1987), How to use qualitative methods in evaluation, Beverley Hills, Calif.: Sage
- PFAFFENBERGER, Bryan, (1988), Microcomputer Applications in qualitative research, Beverly Hills: Sage.
- PINEAULT, Raynald, DAVELUY, Carole, (1986), La planification de la santé, Montréal: Agence d'Arc.
- PLAMONDON, Denis, Réjean VALLIÈRES, Laurent GARNEAU, (1995) Les établissements de santé et de services sociaux et l'expérience de la démocratie, Chicoutimi: Université du Québec à Chicoutimi.
- POIRIER, Charlotte, (1987), Recherche sociale appliquée, Québec: Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux.
- POIRIER, Denis, (1995), La politique québécoise de santé mentale: évaluation d'implantation pour l'objectif de consolidation du partenariat, Essai présenté pour l'obtention du grade de maîtrise, Université Laval.

POTVIN, Nelson, (1997), Bilan d'implantation de la politique de santé mentale, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

POWELL, Mary, FAGHFOURY, Nahid, NYENHUIS, Pat, (1988), Fostering public participation: a brief discussion and selected annotated bibliography, Conseil canadien de développement social.

Promotion de la santé: Les acteurs en promotion de la santé, concertation et action intersectorielle, dans Santé et société,

Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, (1991), Le choc des cultures: La participation des ressources alternatives à l'élaboration des plans régionaux d'organisation des services en santé mentale, document de travail préliminaire déposé à l'assemblée générale du RRASMQ, juin 1991.

Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, (1987), Partenariat et pratiques alternatives en santé mentale, consultation sur le projet de politique de santé mentale pour le Québec, document présenté à la Commission des affaires sociales

RENAUD, Gilbert, (1984), A l'ombre du rationalisme, Montréal: St-Martin.

RENAUD, Yvon, (1990), Services de santé et services sociaux, collection Lois et règlements, Montréal: Wilson et Lafleur

RIOUX, Marcel, (1984), Le besoin et le désir, Montréal: L'Hexagone

ROBERGE, C., Développement d'un cadre de référence sur l'élaboration de politiques en fonction de la prise de décision, Québec: MAS, service des études et politiques de santé

ROBICHAUD, Jean-Bernard, (1987) L'avenir de la régionalisation à l'ère de la guerre des étoiles, dîner-causerie, Conseil canadien de développement social.

ROCHON, Jean, (1988), Commission d'enquête sur les Services de Santé et les Services sociaux: résumé du rapport, Gouvernement du Québec

ROSANVALLON, Pierre, (1988), La question syndicale, Paris: Calmann-Lévy

SAINT-PIERRE, Marc-André, BLONDEAU, Michel, (1989), SIFO, système d'information financière et opérationnelle, Québec: Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la planification et de l'évaluation

SCHNAPPER, Dominique, (1994) La communauté des citoyens: sur l'idée moderne de nation, Paris: Gallimard.

SCHNEIDER, Robert, (1987), Gestion par concertation, Montréal, Agence d'Arc.

SAUL, John, (1997), La civilisation inconsciente, Paris: Payot

Service de soutien aux organismes communautaires du ministère de la Santé et des Services sociaux, (1986), Les organismes communautaires: réflexions sur les enjeux

actuels et à venir, Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

SHRAGGE, Éric, LÉTOURNEAU, Taylor, (1987), Community-Initiated Health and Social Services: synthèse critique, Québec: Gouvernement du Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

SOULET, Marc-Henri, (1987), La recherche qualitative ou la fin des certitudes, in (DESLAURIERS, Jean-Pierre), Les méthodes de la recherche qualitative, Sillery: Université du Québec

THÉRIAULT, J-Yvon, (1987), Mouvements sociaux et nouvelle culture, Politique, no 12, 5-36

THIBAUT, André, (1999), Les réformes administratives et les rôles des citoyens in Télescope, Vol 6, no 1, ENAP: Observatoire de l'administration publique.

THIBAUT, André, (1995), Je participe, tu participes, il consulte...repères et balises pour un bilan de la participation au Québec, conférence présentée dans le cadre du Congrès annuel de l'Association québécoise pour l'évaluation d'impact.

THIBAUT, André, (1981), Pour une consultation actives en loisir, Cahiers des Sciences du loisir, Université du Québec à Trois-Rivières.

THUOT, Jean-François, (1994), Déclin de l'État et formes post-modernes de la démocratie in Revue québécoise de sciences politiques, no 26, pp 75-103

TOURAINÉ, Alain, (1994), Qu'est-ce que la démocratie, La Flèche: Fayard.

TOURAINÉ, Alain, (1987), Two interpretations of contemporary change, inédit

TOURAINÉ, Alain, (1978), La voix et le regard, Paris: Seuil

TREMBLAY, H., (1987), Les ressources communautaires: problématiques et enjeux, Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la planification et de l'évaluation

TREMBLAY, Marc, Adélar., POIRIER, Charlotte, (1989), La construction culturelle de la recherche psychosociale en santé mentale: les enjeux sociopolitiques, in Santé mentale au Québec, no XIV, vol 1, p. 11-34.

TROTTIER, Louise-Hélène, (1987), Le rôle de l'état: dossier thématique, Québec: Gouvernement du Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

TURGEON, Jean, (1983), Evaluation du processus de décentralisation administrative vers le niveau régional en affaires sociales, Québec: Ministère des Affaires sociales, Direction de l'évaluation des programmes

TURGEON, Jean, (1989), Bientôt vingt ans de régionalisation: qu'ont donc eu à faire les CRSSS?, in Service social: Les politiques sociales, vol 38, # 2-3, pp 220-245

TURGEON, Jean, (1989), Une analyse structurale d'un processus de régionalisation: les conseils de la santé et des services sociaux du Québec, 1971-1988, Québec: thèse

présentée à l'École des gradués de l'Université Laval pour l'obtention du grade de Philosophiae Doctor, Faculté des sciences sociales, université Laval.

TURGEON JEAN, (1995), Conclusion, in TREMBLAY, Mireille, Hung NGUYEN, et Jean TURGEON (éditeurs) La planification régionale des services sociaux et de santé: enjeux politiques et méthodologiques, Québec: Les publications du Québec, pp 155-160

TURGEON, Jean et Hervé ANCTIL, (1994), Le Ministère et le réseau public, in LEMIEUX, Vincent, Pierre BERGERON, Clermont BÉGIN et Gérard PELLETIER, Le système de santé au Québec, Québec: les Presses de l'Université Laval

VALLIÈRES, Pierre, (1979), La démocratie ingouvernable, Montréal: Québec/Amérique.

VANCE, Joan, (1988), La politique en matière de santé au Canada, Gouvernement du Canada, Service de recherche, Division des affaires politiques et sociales.

VENNAT, Pierre (1989), Le new-look de l'État-providence (éditorial: du 17 janvier), La Presse, Montréal

VOITCHOVSKA, Claudia, (1989), Plans régionaux de services en santé mentale: Document d'appui à la planification, document de travail, Québec: ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la santé mentale.

VON SCHOENBERG, Brigitte, (1985), Les points de vue des clients et des citoyens: leur place dans l'évaluation des programmes, Québec: MAS, Service de l'évaluation des programmes de services sociaux

WATSON, Patrick, BARBER, Benjamin, (1988), La lutte pour la démocratie, Montréal: Québec/Amérique

WEBER, Max, (1959), Le savant et le politique, Paris: Plon

WHARF, Brian, COSSOM, John, (nd) Citizen Participation and Social Welfare Policy, in Canadian Social Policy.

ANNEXE I

SYNTHÈSE DES POSITIONS DES ACTEURS DES TROIS TIERS, CONCERNANT LE PROJET DE POLITIQUE: POUR UN PARTENARIAT ÉLARGI

INDEX DES ACTEURS

1er tiers: milieu psychiatrique	I
1er tiers: associations hospitalière et médicales	IV
1er tiers: autres corporations	V
1er tiers: centres de services sociaux	VI
1er tiers: centres locaux de services communautaires	VII
1er tiers: centres d'accueil et de réadaptation	VIII
2è tiers: ressources alternatives	IX
2è tiers: entraide parents	XIII
2è tiers: entraide personnes	XIII
2è tiers: promotion de la santé mentale	XIV
2è tiers intervention de crise et suicide	XIV
3è tiers: problématiques connexes	XV
3è tiers: syndicats	XVII
4è tiers: les conseils régionaux de la santé et des services sociaux	XIX
Et les autres: instances de concertation en santé mentale	XXI
Et les autres: les usagers, les usagère et leur parents	XXII
Et les autres : les citoyens et les citoyennes	XXIII
Et les autres: formation et recherche	XXV

1ER TIERS: Milieu psychiatrique

<p>Association des psychiatres du Québec (3p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exprime des réserves quant à l'ensemble de la Politique qui confine la psychiatrie à une vision « aliéniste ». La politique néglige et sous-estime la contribution des psychiatres et de la psychiatrie. • Dénonce l'absence de préoccupation pour la pédopsychiatrie
<p>La Table de concertation des chefs de département de psychiatrie de la Montérégie (15 p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exprime des réserves sur la définition de la santé mentale et sur l'élargissement du secteur de la santé mentale, qui risque d'entraîner la négligence des patients ayant de graves problèmes. • Concernant la désins, un minimum de lits à long terme demeure requis et devraient être répartis dans chacune des régions de Québec • Les ressources alternatives sont utiles et devraient être consolidées financièrement, elles devraient néanmoins être évaluées • Dénonce une pénurie et une mauvaise répartition des psychiatres • Manifeste son inquiétude quant à la capacité de l'État de financer les services requis et insiste sur la nécessité de répartir équitablement les ressources entre les régions, c'est une priorité à leur avis. • En accord avec le partenariat, avec la planification régionale et la décentralisation vers les régions, à la condition que les Conseils régionaux soient autonomes et disposent de ressources financières accrues, proportionnelles à leur population et que soient respectées les différences et les solutions régionales et sous-régionales
<p>Hôpital Louis H. Lafontaine (15p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La notion de santé mentale associée à « je suis une personne pas une maladie » occulte la maladie mentale. • La psychiatrie est négligée dans le projet de politique, aucun psychiatre ne faisait partie du comité Harnois comme membre actif. • Dénonce la pénurie de psychiatres et leur mauvaise répartition. • S'oppose à confiner les hôpitaux psychiatriques aux soins spécialisés auprès des personnes éprouvant des troubles sévères. Leur expertise doit être consolidée plutôt qu'éparpillée. • Recommande une approche par région ou sous-région selon lequel le CH psychiatrique offre les services à toutes les clientèles en collaboration avec les départements de psychiatrie des hôpitaux généraux.
<p>Département de psychiatrie de l'Hôpital Sacré-Coeur, (9p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le rapport Harnois ne peut donner lieu à une politique ministérielle, le plan d'action étant déficient quant à l'organisation des services. • Le problème prioritaire du système de santé mentale, c'est la carence de ressources et de services variés pour les malades chroniques: insuffisance de cliniques externes, du suivi, de ressources de réadaptation et de ressources intermédiaires. • Il faut multiplier et consolider les ressources thérapeutiques avant de multiplier les ressources d'entraide bien que ces ressources devraient également être financées adéquatement. • La dimension biologique est passée sous silence. C'est le champ privilégié de psychiatre qui peut intégrer les trois dimensions de l'approche bio-psycho-sociale. • Dénonce une pénurie de psychiatres et de professionnels. • Déploire que les responsabilités respectives soient mal définies. Propose que les CH collaborent avec les CLSC en services spécialisés et en services de première ligne. • Le MSSS ne devrait pas attendre les planifications régionales pour investir afin de résoudre les problèmes actuels. Les lignes d'autorité ne sont pas claires et l'obtention d'un consensus prendrait trop de temps.

<p>Association québécoise des infirmières et infirmiers en psychiatrie (20p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En accord avec la définition de la santé mentale qui doit faire l'objet d'un consensus sur lequel se fonde le partenariat. • La famille et les proches ont besoin de soutien, il faut prendre garde à les culpabiliser. • Réclament une plus grande reconnaissance de leur expertise, exigent un statut comparable aux autres professionnels et plus d'autonomie. Ils sont sous-valorisés et exploités. • Demandent que les personnes aient accès directement à leurs services plutôt que d'être référés par les psychiatres par « acte délégué » et que ces services soient financés par la RAMQ. • Le partenariat est dangereux si les pouvoirs ne sont pas répartis également entre tous les acteurs, il peut devenir alors source de domination ou d'isolement. • Le partenariat est «un ensemble d'acteurs, réunis sur un plan horizontal avec les mêmes responsabilités, le même pouvoir décisionnel face à une cible commune et en interaction les uns avec les autres». • Le partenariat doit se jouer à tous les niveaux, individuel, familial, corporatif et gouvernemental.
<p>Dr SL, psychiatre (7p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Insiste sur la responsabilisation des personnes présentant un problème de santé mentale, et demande qu'elles soient traitées en considérant leur autonomie et leur degré de responsabilité. • Suggère qu'un mécanisme soit institué pour confronter certains patients qui abusent des services et que la Commission des Affaires sociales « entende les plaintes des intervenants concernant un patient et oblige un patient à participer à l'élaboration d'un plan de traitement qu'il s'engage à respecter quitte à être privé de son droit de décider seul ». • Les responsabilités du MSSS, des CRSSS, des intervenants, des familles, de la communauté et des patients devraient être clarifiées. • Les CRSSS devraient avoir un véritable pouvoir décisionnel sinon le partenariat est « une mission impossible ».
<p>Dr GA chef de département de psychiatrie (3p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le projet de politique est le plus intéressant des 20 dernières années en Europe et en Amérique du Nord, cependant l'enfer psychiatrique est pavé des meilleures intentions planificatrices. • Les structures administratives et bureaucratiques actuelles noient les psychiatres sous la paperasse et les empêche de centrer leur intervention sur la personnes et ses capacité. • L'auteur qui est formateur en thérapie familiale et systémique, croit que la formation actuelle des intervenants et intervenantes a été axée sur l'intervention individuelle et qu'il est capital de rendre accessible une formation à l'intervention auprès de la famille et des proches. • Sans le développement de structures intermédiaires gérées par un personnel compétent, la désinstitutionnalisation ne pourra pas s'actualiser.

1ER TIERS: Associations hospitalière et médicales

<p>Association des hôpitaux du Québec (18p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Déploire que le Ministère «désigne les acteurs, mais il n'ose pas distribuer les rôles et reste muet quant à la mise en scène». • Demande que la 1ère ligne soit clarifiée, que les DSC soient reconnus en matière de promotion de la santé mentale, affirme que les CH sont la base du redéploiement des clientèles lourdes. • Demande que les budgets soient répartis entre les régions et qu'une analyse financière soit complétée. • En faveur de la planification régionale, fait valoir l'expertise des départements de santé communautaire (DSC) dans ce domaine.
<p>Corporation professionnelle des médecins (25p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En désaccord avec la notion de santé mentale qui occulte la notion de maladie mentale qui aurait été remplacée «par une notion d'harmonie de l'individu dans le beau paysage de l'utopie» . • Le « champ » devrait être prioritaire «c'est au niveau de la troisième ligne, qui dessert les malade psychiatriques chroniques, que la priorité doit être donnée». On ne devrait pas investir dans la 1ère ligne, «dans le contexte économique actuel, pour augmenter sa capacité de servir dans le réseau public les <i>insatisfaits</i> ou même les personnes en crise psycho-sociale sans composante psychiatrique» qui peuvent compter pour la plupart sur un réseau social de soutien pour traverser «les vicissitudes de la vie». • En accord avec la désinstitutionnalisation, cependant des « espace asilaires » demeurent toujours requis; les établissements concernés ont l'expertise nécessaire pour développer des programmes de réadaptation et c'est à eux que revient cette responsabilité. • Dénonce une pénurie et une mauvaise répartition des psychiatres et des médecins • Les psychiatres et les médecins seraient les seuls professionnels véritablement aptes à intervenir dans le secteur de la maladie mentale parce que «les maladies mentales qui affligent un si grand nombre de nos concitoyens demeurent un problème essentiellement médical. Toute politique de la santé mentale doit s'appuyer sur un savoir solide plutôt qu'idéologique qui nous vient de la recherche scientifique et qui doit se diffuser par l'enseignement à tous les intervenants»
<p>Fédération des omnipraticiens du Québec (15p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La définition de la santé mentale nie la notion de maladie mentale, la FMOQ exprime son désaccord quant à l'élargissement de la notion de santé mentale. • Recommande de confier aux omnipraticiens « les soins psychiatriques généraux », de les intégrer aux équipes et de les former. • Met en garde contre le développement d'un système parallèle avec les ressources communautaires.
<p>Ordre des Infirmières et infirmiers du Québec (13p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En accord avec la définition et les orientations. • Le rôle de l'État n'est pas assez clair et laisse croire qu'il prend tout en charge y compris les initiatives du milieu. • Il faut retirer le blâme formulé à l'égard des professionnels. • On devrait accroître le nombre d'infirmières de 2è cycle universitaire. • Recommande de reconnaître les infirmières comme ressources psychosociales. • Recommande d'améliorer la formation et la supervision des infirmiers et infirmières psychiatriques. • Pour réaliser la désinstitutionnalisation, pas besoin d'un groupe provincial d'experts, il faut clarifier les objectifs à atteindre et redéployer les services dans le milieu.

1ER TIERS: Autres corporations

<p>Corporation professionnelle des psychologues (25)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En désaccord avec une conception de la santé mentale qui oppose le champ au domaine et risque de créer un clivage entre le médical et le non médical. • Les psychiatres et les psychologues seraient les deux seules catégories de professionnels qui détiennent une expertise spécialisée dans le secteur de la santé mentale; s'opposait à la formation et à l'engagement des omnipraticiens. • Recommande que l'accessibilité aux services des psychologues soit améliorée entre autres en les rémunérant par le biais de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et en faisant disparaître le monopole et la domination des psychiatres dans le secteur de la santé mentale. Cette orientation pouvait contribuer à rendre les services en santé mentale plus accessibles tout en réduisant leur coût. • « aucun partenariat ne saurait être défini sans que l'on reconnaisse au préalable l'égalité et l'expertise spécifique des divers intervenants pour ensuite utiliser au maximum la spécificité de ces expertises». • En accord avec le plan d'organisation de services sur une base régionale.
<p>Association des aumôniers des hôpitaux (9)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les dimensions religieuses et spirituelles sont ignorées, il n'y a pas « d'approche globale, intégrée et continue si l'on ne tient pas compte de la dimension spirituelle et religieuse ». • Demande que les services de pastorale soient pris en compte.

1ER TIERS: Centres de services sociaux

<p>Association des Centres de Services sociaux du Québec (42p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adhère à la définition, à la distinction entre champ et domaine et à la priorisation du champ. • Les ressources intermédiaires (entendues au sens de familles d'accueil) ont été négligées dans le projet de politique. Les familles d'accueil reçoivent le tiers de clientèles en milieu substitut. Elles sont sous-financées. On doit en développer un plus grand nombre. • En accord avec l'augmentation de ressources psychosociales. • Les ressources alternatives ont besoin d'un financement plus stable et de participer aux instances régionale davantage qu'une reconnaissance par la Loi. • Le MSSS doit s'assurer que les plans d'organisation de services respectent la mission de chacun des établissements, le partenariat repose sur le respect de la mission de chacun. La planification régionale doit respecter la gamme de services et les régions doivent disposer d'une enveloppe régionale pour certains services.
<p>Association des Praticiens de Service Social en Milieu de Santé du Québec (11p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En accord avec l'élargissement de la santé mentale et des clientèles cibles. • Il y a danger que l'État se déresponsabilise, il doit supporter concrètement la communauté. • Centrer les services sur la personne et sa famille requiert un changement de mentalité. L'expertise des travailleurs sociaux porte justement sur la relation entre la personne et l'environnement qui fonde la nouvelle définition de la santé mentale. • Demande de clarifier le nouvel équilibre et les responsabilités respectives des groupes, des ressources communautaires et des établissements. • Réclame que l'expertise propre aux travailleurs sociaux soit davantage reconnue. «La multidisciplinarité ne sera sauvegardée qu'en autant que le respect de la spécificité sera assurée». • Demande de corriger les disparités des ressources entre les régions.
<p>Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec (10p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En accord avec la primauté de la personne et de son environnement, et avec la reconnaissance des familles et de leurs besoins. • La personne et son environnement «cela fait partie intrinsèque de la définition de l'acte professionnel du travailleur social», dont l'objet est la socialité, dans une perspective de développement humain et social, qui évalue la carence de socialité et intervient sur cette carence. • Demande de clarifier les rôles des partenaires, une valeur égale doit leur être accordée. Chacun ne peut tout faire. • Demande de clarifier les responsabilités et entre les structures. • Demande la reconnaissance du travailleur social plutôt que de l'agent de relations humaines. • La désinstitutionnalisation requiert un financement adéquat et l'ajout d'intervenants psychosociaux. • A demandé depuis longtemps la cohérence et la complémentarité entre les diverses politiques ministériels et le décloisonnement des services.
<p>D B, intervenante sociale, CH Douglas (5p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La distinction entre champ et domaine maintient le statu quo. «tant que la définition de la santé mentale se limitera à un regard individualiste nous nous limiterons à une politique de santé mentale pour psychiatres ». La santé mentale doit être considérée comme un processus interactif impliquant également tous les acteurs. • Bien qu'au niveau du discours, la politique place les personnes d'abord et les structures ensuite dans les faits l'opérationnalisation donne les résultats inverses. • Dénonce la distance des établissements du réseau public avec la communauté. • La politique ne reconnaît que timidement le réseau alternatif qui devrait être mieux financé. • Les CRSSS devraient être dotés de pouvoirs décisionnels afin de réaliser les plans d'organisation de services.

1ER TIERS: Centres locaux de services communautaires

<p>Fédération des CLSC (38p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Insiste pour que le Ministère clarifie les rôles des différentes catégories d'établissements. • Les CLSC sont prêts à assumer les services de première ligne en santé mentale. Ils peuvent également intervenir en prévention, en réadaptation et au niveau du soutien aux familles. • Demande que les transferts des travailleurs sociaux des CSS vers les CLSC soient complétés. • Les CLSC partagent avec les organismes communautaires une philosophie d'intervention centrée sur les personnes, leur famille et leur réseau social. • En désaccord avec la reconnaissance par la Loi des ressources alternatives, si cela crée un nouveau réseau public. Il faut trouver d'autres modes de financement. Ils expriment leur accord quant à la nécessité de doubler le budget de ces organismes. • Quant au partenariat et à la planification régionale ils doutent de la capacité des conseils régionaux et affirment préférer que le Ministère encadre la démarche de planification régionale.
<p>CLSC Hochelaga-Maisonneuve (25)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le CLSC est actif au niveau de la première ligne et de l'intervention de crise. • Suggère des modalités de soutien des groupes d'entraide, le financement des ressources alternatives par la communauté doit tenir compte de la richesse de cette communauté. • Les CLSC devraient être privilégiés dans la répartition des rôles concernant la gamme de services, compte tenu de leur implication locale et de leur rôle en première ligne. • La disinstitutionnalisation devrait reconnaître l'expertise détenue par les CLSC, les groupes communautaires et les aidants naturels. • Le CLSC a mis en oeuvre des mécanismes concrets de concertation et de collaboration. L'expérience permet de conclure que le partenariat élargi est réalisable. • Certains groupes trop peu impliqués devraient être mobilisés, voisinage, gouvernements locaux, milieux du travail. • Les modalités d'exercice devraient être précisées davantage, comme la composition, concernant les quatre groupes de partenaires (personnes, familles, intervenants et communauté), la définition du territoire devrait se faire par territoire de CLSC, et les partenaires devraient être consultés sur leur implication.

1ER TIERS: Centres d'accueil et de réadaptation

Association des centres d'Accueil du Québec (27p)	<ul style="list-style-type: none">• Demande que la définition permette de distinguer clairement les problèmes de santé mentale des problèmes de déficience intellectuelle.• En accord avec la distinction entre champ et domaine, mais demande que l'équilibre soit clarifié entre préventif et curatif.• Constate la confusion, demande que les rôles des partenaires soient clarifiés, incluant les attentes envers les ressources alternatives.• Bien que les centres d'accueil n'aient pas de mandat en santé mentale, parmi les 60,000 personnes qu'ils desservent un nombre croissant ont des problèmes de santé mentale et à ce titre l'association aimerait connaître les attentes du gouvernement à leur égard.• Déplore que les rôles respectifs des différents professionnels n'aient pas été clarifiés.• En accord avec la désinstitutionnalisation, suggère de parler plutôt d'intégration sociale et offre les services des centres d'accueil.• Déplore une carence grave de ressources de réadaptation et d'hébergement.• L'Association aimerait des précisions sur le partenariat, les instances concernées et souhaite que ses membres puissent y participer.
---------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2È TIERS: ressources alternatives

<p>Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En accord avec le principe de primauté de la personne et la gamme de services. • On doit soutenir la famille à condition que cela ne soit pas au détriment de l'autonomie de la personne. • Propose de créer un comité d'advocacy indépendant des CRSSS • Il devrait y avoir un comité de bénéficiaires dans tous les CH, incluant les CH de courte durée. • En désaccord quant au remplacement de l'appellation « ressource alternative » par ressource communautaire. • Leur contribution est mal reconnue et leur approche globale est mal comprise, cela provoque la résistance du réseau à développer des liens de collaboration avec les ressources alternatives. • Réclame un meilleur financement et une plus grande stabilité de leurs subventions, soit un budget protégé pour 3 ans, via les conseils régionaux. • Demande non pas le double du budget actuel, mais plutôt 50 millions d'ici 5 ans. • Rejette la contribution financière de 10% exigée par la communauté au financement des ressources alternatives. • Propose que le comité de planification régional soit tripartite, afin de démocratiser les structures, composé d'un tiers pour les ressources alternatives, d'un tiers pour la communauté et d'un tiers pour les établissements. •
<p>Association des ressources alternatives en Montérégie (7p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se réjouit que la Politique centre son action sur l'individu et est particulièrement heureuse de l'approche. • Particulièrement heureuse de l'approche bio-psycho-sociale parce qu'elle permet d'associer la personne à toutes les démarches visant le recouvrement de sa santé ou sa réadaptation. • S'oppose à l'appellation de ressources communautaires pour désigner les ressources alternatives,. • Contre le classement des ressources alternatives en trois catégories. • S'inquiète que leur expertise ne soit pas reconnue et que leur rôle s'inscrive en complément de celui des services publics. • S'oppose à l'obligation d'une contribution de la communauté équivalent à 10%, on propose plutôt une évaluation des services. • Demande de soutenir la formation des ressources alternatives par des projets de recherche-action. • En accord avec le partenariat mais demande des clarifications: les ressources veulent être partenaires des individus plutôt que des institutions.
<p>Regroupement des ressources alternatives et communautaires en santé mentale de l'Estrie (4p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La santé mentale devrait être un priorité au Québec. • Prône une philosophie centrée sur des rapports égaux, sur une approche globale centrée sur la personne. • En accord avec la gamme de services. • Les familles ont besoins de plus que de répit. Elles ont besoin de soutien, d'information sur la maladie et sur les ressources disponibles. • La place des ressources alternatives dépend de leur financement qui devrait être haussé de plus du double. Le financement devrait être récurrent. • En désaccord avec la classification des ressources communautaires qui morcelle leur pratique. Le financement de tous les types de ressources communautaires doit provenir d'une même enveloppe. • Les ressources communautaires doivent être impliquées dans la démarche de planification régionale.

<p>Regroupement des ressources non-institutionnelles en santé mentale de Québec (18p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • D'accord avec la primauté de la personne et un partenariat élargi qui exige un changement de mentalité. • D'accord avec les programmes de répit. • La politique néglige l'aspect de la réinsertion au travail et au loisir. • S'oppose à la classification des groupes communautaires. • Demande des précisions sur le plan d'organisation de services et le rôle des commissions administratives déjà en place. On suggère que leur composition soit révisée, avec un tiers de membres de la communauté(citoyens), un tiers de représentants des groupes communautaires, et un tiers de représentants des établissements.
<p>Regroupement des ressources alternatives en santé mentale région 02, Saguenay-Lac-St-Jean (8p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se réjouit que le projet de politique sont centré sur la personne, ce qui correspond à la philosophie des ressources alternatives. • S'oppose à la disparition du terme ressource alternative et qui témoigne de leur spécificité. • S'oppose à la classification des ressources, ce qui risque de les pénaliser financièrement. • Accepte de développer des critères d'évaluation des ressources communautaires avec le MSSS. • Doubler le budget des ressources alternatives n'est pas suffisant, on suggère 1% de l'enveloppe totale en santé mentale. Le financement doit tenir compte de la grandeur d'un territoire. • Souhaitent participer aux formations offertes aux autres intervenants du réseau. • Demandent d'être impliqués dans l'élaboration des plans d'organisation de services.
<p>Organismes communautaires en santé mentale de l'Abitibi-Témiscamingue (17p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Propose de créer un comité d'advocacy indépendant des CRSSS. • Il devrait y avoir des comités de bénéficiaires dans tous les hôpitaux. • La Politique a négligé l'intégration au travail. • Le « pouvoir divin » des psychiatres devrait être remis en cause. • On devrait mieux répartir les psychiatres plutôt qu'accroître leur nombre. • Le MSSS devrait préciser et définir les règles du partenariat. On craint d'être récupéré par le partenariat qui servirait davantage aux intervenants. • En désaccord avec la planification régionale confiée au CRSSS qui se préoccupe davantage de problèmes du réseau que de la population et des ressources alternatives.
<p>Regroupement des organismes de base en santé mentale, région 04 Mauricie-Bois-Francs</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le discours centré sur l'individu et la communauté rejoint celui des ressources alternatives. • La délimitation en champ et domaine n'est pas pertinente, elle compartimente et étiquette. • Malgré son titre portant sur la santé mentale la politique glisse vers les problèmes d'ordre mental. • Les groupes communautaires ne doivent pas être considérés comme supplétifs, ou expérimentaux. • Rejette la contribution de 10% de la communauté au financement des ressources communautaires. • « La ressource communautaire devrait avoir priorité sur toute autre forme de structure ». • Recommande le transfert des cliniques externes aux CLSC afin de « dépsychiatriser ». • Le partenariat devrait être clarifié, dans le région 04 les organismes communautaires ne sont pas reconnus comme des partenaires par leur CRSSS. Le partenariat sera difficile à instaurer, dans un contexte de rapports de force entre les CH, les CLSC, elle recommande que la composition des commissions administratives soit révisée: un tiers ressources alternatives, un tiers communauté, un tiers établissements.

<p>Maison St-Jacques (7p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expriment une grande déception à l'égard du projet de politique, qui ne remet pas en question l'institution et la vision médicale. • Les familles sont confinées à un rôle de gardiennage d'adultes traités en enfants. • Le seul pouvoir reconnu aux bénéficiaires est celui de se plaindre. • Propose la mise sur pied d'un système autonome de défense des droits. • La proposition de reconnaître les ressources communautaires en les confinant au rôle de désinstitutionnalisation est très insatisfaisante. • On dénonce les exigences formulées envers les ressources communautaires qui sont inéquitables par rapport aux obligations des institutions, à l'égard de l'autofinancement et de l'évaluation. • On questionne le rationnel justifiant de doubler les budgets des ressources communautaires et la provenance de ces budgets. • La politique devrait questionner le rôle de l'institution. On dénonce la volonté exprimée de désinstitutionnaliser sans modifier les budgets, les services et les travailleurs. • Le partenariat réduit le rôle des partenaires à celui d'exécutants en application du modèle médical.
<p>Atelier d'artisanat Centre-ville (35p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En accord avec la notion de santé mentale et satisfait de la nouvelle définition. • Aucune structure ne peut prétendre à l'exclusivité par rapport aux éléments de la gamme de services. • En accord avec la proposition de doubler le financement des ressources communautaires. Demande un financement sur trois ans . • En accord avec la contribution de 10% de la communauté • Les ressources sont dans les faits reconnus par leurs partenaires qui leur réfèrent des clients, elles ont besoin d'une reconnaissance juridique. • Les organismes communautaires doivent rendre des comptes. • Reconnaît la nécessité d'une concertation qui permettrait de « régulariser » les rapports entre institutions et ressources communautaires et de maximiser l'utilisation des fonds publics. Si tous les intervenants fonctionnent en complémentarité cela suscitera un véritable partenariat.
<p>Association des handicapés de Ste-Marie De Beauce (ressources d'hébergement et d'intégration au travail) (4p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dénoncé la complexité des services. • Difficulté d'accéder aux services et d'établir une relation de confiance avec l'intervenant. • Le financement des ressources communautaires devrait être plus stable. • Difficulté pour les régions éloignées d'accéder aux services.

<p>Centre de rencontre l'Escale de Jonquières. (10p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En accord avec le principe de placer la personne au centre. • Les familles sont des essentielles au succès de la réinsertion. • On devrait se pencher sur les différents problèmes des personnes psychiatisées: habitation, transport, travail, loisir, sécurité du revenu. • On recommande de développer des ressources d'hébergement de crise. • On devrait distinguer les ressources alternatives des ressources communautaires. • Le projet de politique est trop large et risque de n'être qu'un mirage si l'on ne précise pas qui sont les partenaires et comment le partenariat va s'actualiser. • Demande que le MSSS précise les critères de reconnaissance et d'évaluation des ressources alternatives avec le Regroupement provincial des ressources alternatives. • Souhaite que le MSSS reconnaissance les ressources communautaires, mais en respectant leur idéologie et leur autonomie. • En accord avec la recommandation de doubler leur budget, suggère qu'il atteigne 1% du budget total en santé mentale. • La répartition des budgets entre les régions devrait tenir compte de la densité de la population et de la grandeur du territoire. • En accord avec les plans d'organisation de services réalisés par les CRSSS en impliquant la communauté.
<p>Centre de rencontre Le Phare (31p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La spécificité des ressources alternatives doit être reconnue. • Définir et clarifier les rôles respectifs des ressources alternatives, des ressources communautaires et des ressources intermédiaires. • En accord avec la contribution de 10% de la communauté au financement des ressources alternatives. • Doubler leur budget est insuffisant. Suggère 1% du budget total en santé mentale. • Recommande que le MSSS adopte des critères de sélection des ressources alternatives non seulement quantitatifs, mais également qualitatifs. • Des ressources alternatives devraient être développées pour l'hébergement de la clientèle psychiatrique, l'intervention de crise et l'intégration au travail. Les ressources alternatives sont plus aptes que les CH pour offrir ces services. • Demande de la formation pour les intervenants communautaires. • Que la composition des commissions administratives régionale soit révisée , un tiers ressources alternatives et communautaires, un tiers établissements, un tiers instances décisionnelles ayant une influence sur la santé mentale.

2È TIERS: Entraide parents

<p>Fédération québécoise des associations des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (19p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Insiste sur les besoins des personnes psychiatisées. • Développer l'intégration au travail. • Le répit aux familles est un besoin important, il y a trop peu d'intervention auprès des familles. • Le programme de répit doit être mis en place avec les associations regroupant les familles. • Les omni devraient apprendre à intervenir auprès des familles et les intervenants sont insuffisamment formés pour intervenir auprès des familles. • Les ressources communautaires ne s'adressent pas suffisamment aux personnes ayant des problèmes sévères. • On devrait désinstitutionnaliser les budgets et le personnel, et travailler avec les familles. • Suggère qu'il y ait un équilibre au sein du comité régional de planification entre les représentants des groupes d'entraide, de promotion et de défense des droits, des groupes communautaires et des institutions.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2È TIERS: Entraide personnes

<p>Auto-Psy</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En accord avec la primauté accordée à la personne, le principe d'équité, la reconnaissance du potentiel de la personne et de la famille. • Déploire que les droits des personnes aient souvent été ignorés en psychiatrie. • Souhaite la mise sur pied d'un système «d'advocacy» indépendant du réseau de services, auquel participerait majoritairement des personnes «psychiatisées». • Demande l'adoption de mesures de protection des droits des personnes comme décréter le libre choix du thérapeute, abolir les techniques aversives, réglementer les mesures coercitives, la déclaration de cure fermée. • Quant aux comités de bénéficiaires il devrait y en avoir dans tous les hôpitaux, incluant les hôpitaux généraux. • Considérer l'intégration au travail. • En désaccord avec le classement des ressources communautaires. • En accord avec la reconnaissance des organismes communautaires et affirme que l'utilisation d'une ressource communautaire, en règle générale, devrait avoir priorité sur tout autre type de service. • S'interroge sur la capacité des CRSSS à se rapprocher des personnes et de la communauté, et appuie la proposition du Regroupement provincial des ressources alternatives sur la formation de comités tripartites.
<p>West Island Citizen Advocacy, Montréal (8p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En accord avec le principe de la personne au centre de l'intervention avec la famille et la communauté. • Satisfait de la reconnaissance des ressources communautaires et de l'augmentation du budget. • S'oppose à la contribution de 10% de la communauté. • La formation devrait être accessible aux intervenants communautaires. • La formation en anglais devrait être plus disponible.
<p>CD membre d'un groupe d'entraide (9p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • On a pas besoin de plus de psychiatres • D'autre types d'aide sont utiles: autres professionnels, ressources alternatives. • Pas obligatoirement besoin d'être un professionnel pour « aider les fous »

2È TIERS: Promotion de la santé mentale

Division du Québec pour l'association canadienne pour la santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • D'accord avec la primauté de la personne. • La coordination interministérielle est essentielle pour agir sur les facteurs socio-économiques, le chômage, la sécurité du revenu, qui sont des aspects étudiés de la politique. • Le répit aux familles est important mais devrait être intégré à une politique familiale. • L'Association canadienne pour la santé mentale a un rôle à jouer et désire participer à la campagne d'information pour faire reconnaître la primauté de la personne. • En accord avec la régionalisation mais cela ne doit pas servir d'excuse pour refuser de servir certaines clientèles comme dans le cas des pratiques de sectorisation. Les moyens financiers devraient être régionalisés.
------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2È TIERS Intervention de crise et suicide

Association québécoise de Suicidologie (9p)	<ul style="list-style-type: none"> • En accord avec l'esprit d'ouverture sur la communauté du projet. • En accord avec la proposition de doubler les budgets des ressources, mais cette proposition devrait être assortie de recommandations sur la consolidation et le développement de ressources communautaires et alternatives. • Suggère d'harmoniser la Politique de santé mentale avec le projet de politique sur le prévention du suicide et souhaite d'être associée à cette démarche compte tenu de l'expertise qu'elle détient. • Les ressources de prévention du suicide doivent être distinctes des ressources en santé mentale et des centres de crise. • Recommande de développer la recherche sur le suicide. • Recommande de mettre en place un programme de prévention du suicide
Le Centre de Prévention du Suicide de Québec (12p)	<ul style="list-style-type: none"> • Une expertise s'est développée au Québec en intervention de crise auprès des personnes suicidaires. • Recommande l'harmonisation des politiques du MSSS en collaboration avec le ressources qui ont une expertise en prévention du suicide. • Le MSSS doit être prudent avant de confier l'intervention en prévention du suicide aux centres de crise, qui n'ont pas cette expertise. • Développer la recherche dans les centres ayant une expertise en intervention de crise suicidaire.
Le Centre de Crise de Québec (4p)	<ul style="list-style-type: none"> • En accord avec les orientations de la politique. • Peu de garantie de l'atteinte des objectifs qui exigerait une restructuration du réseau. • Le centre de crise n'est pas en mesure d'offrir le suivi dans le cas de crise suicidaire, compte-tenu de son mandat de première ligne pour toute crise psychosociale, réagissant à une recommandation du Rapport Harnois.

3È TIERS: Problématiques connexes

<p>Association des Intervenants en Toxicomanie du Québec (5p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Déploire le manque d'intérêt de la population à la problématique de la toxicomanie et signale les répercussions de la toxicomanie sur la santé mentale. • Demande qu'il y ait concordance entre la politique de santé mentale et les orientations sur l'usage des drogues. • Dénonce les pratiques du système de santé actuel qui favorise la toxicomanie, par la prescription abusive de psychotropes auprès de certaines clientèles et la surconsommation de médicaments chez les femmes, les personnes âgées, les personnes institutionnalisées. • Demande que des experts en toxicomanie participent à la planification régionale.
<p>Centraide Montréal (17p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exprime son accord quant au projet de politique mais se penche plus particulièrement sur les problèmes de définition, de coordination et de financement des ressources alternatives. • Le projet de partenariat mis de l'avant est intéressant mais cet objectif requiert un changement de perspective et de mentalité chez les différents partenaires. On doit plus particulièrement repenser les rapports entre l'État et les organismes communautaires qui craignent de devenir des «succursales de l'État». • Suggère que la diversité des sources de financement est l'une des garanties de leur indépendance à l'égard de l'État.
<p>Fédération des unions de familles (3p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En accord avec la promotion de la santé mentale. • Profite de la consultation sur le projet de politique en santé mentale pour réitérer sa demande d'une Politique familiale. Une politique familiale serait un excellent outil de promotion, de maintien et développement de la santé mentale de toute la population parce que toutes les familles sont concernées par la santé mentale. Une politique familiale permettrait de soutenir les familles et d'assurer une concertation intersectorielle. • La Fédération est préoccupée plus particulièrement pour les groupes à risque (jeunes, femmes, personnes âgées, les personnes au statut économique précaire) et pour les «épiphénomènes» (suicide, alcoolisme, toxicomanie et violence).
<p>Le réseau d'action pour une santé intégrale qui regroupe 150 intervenants et intervenantes professionnels et non professionnels (10p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Considère la santé mentale comme une dimension indissociable de la santé physique • Demande que les pratiques alternatives comme l'homéopathie, l'orthothérapie, la massothérapie, la méditation, le jeûne soient reconnues et légalisées. Ces pratiques relèvent d'une vision globale de la santé et s'inscrivent dans une philosophie d'intervention centrée sur l'autonomie des personnes.
<p>Association multi-ethnique pour l'intégration des personnes handicapées du Québec (17p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les recommandations de la politique devraient être modifiées pour tenir compte de la réalité multiculturelle au Québec. • Que le personnel soit formé à cet égard. • Que des services spécifiques soient financés en réponse à des besoins particuliers (accueil des immigrants, choc culturel, recherche sur le déracinement, intervention auprès de victimes de torture...)
<p>l'R des Centres de femmes du Québec (6p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le rapport Harnois ne fait qu'ouvrir la porte sur la santé mentale des femmes. • Fait valoir l'approche féministe auprès de femmes éprouvant des problèmes. • Que le MSSS reconnaisse les centres pour femmes, soutienne leur financement.

CT, Maison Marguerite (5p)	<ul style="list-style-type: none"> • En accord avec la définition élargie. • La loi sur la protection du malade mentale devrait être révisée afin de donner plus d'autonomie à la personne, à la condition de développer suffisamment de ressources dans la communauté. • En accord avec la primauté de la personne. • Le support aux familles est essentiel. • Les épiphénomènes doivent être pris en compte, comme le suicide, l'alcoolisme et la toxicomanie, la violence. • Inclure les « besoins religieux » par une approche pastorale.
Société Alzheimer des Laurentides (4p)	<ul style="list-style-type: none"> • Les familles des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont besoin de répit. • La formation et la recherche devraient être développés.
Groupe d'entraide aux pères et de soutien à l'enfant (22p)	<ul style="list-style-type: none"> • rappelle les difficultés et les besoins des enfants de parents divorcés, et l'incidence de cette question sur les problèmes de santé mentale. • Suggère l'usage pour les parents d'un services de médiation.
Projet d'intervention auprès des mineurs prostitués (22p)	<ul style="list-style-type: none"> • Recommande que la notion de santé mentale soit revue dans le sens de santé et d'équilibre. et que l'emphase soit mise sur l'accomplissement de la personne. • Il y a trop peu de ressources et de services aux jeunes. • Recommande que soient développées des ressources communautaires autonomes, que soit développé des réseaux d'entraide et de solidarité et que soient appuyées les initiatives locales au niveau de l'habitation et de l'emploi. • Recommande que soient développées des ressources en santé mentale pour les moins de 18 ans .
A P, Services aux handicapés auditifs (CSSMM) (4p)	<ul style="list-style-type: none"> • Signale les besoins des personnes aux prise avec des problèmes multiples, comme la déficience intellectuelle, la justice, la mésadaptation sociale, la surdité. • Demande que la politique de santé mentale tienne compte explicitement des besoins des personnes sourdes, en adaptant les services et en développant des interventions spécifiques compte tenu que la surdité à une incidence sur la santé mentale.
Le Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (1p)	<ul style="list-style-type: none"> • En accord avec l'ensemble des orientations de la politique. • Demande que l'on accorde une attention particulière à l'itinérance. • S'interroge sur l'accessibilité des services pour les clientèles à problématiques multiples, criminalité, toxicomanie, itinérance... • Le partenariat est une notion trop vague.

3È TIERS: Syndicats

<p>Syndicat canadien de la fonction publique(SCP-FTQ) (19p)</p>	<ul style="list-style-type: none">• Il est difficile de séparer la problématique de la santé mentale d'une politique de santé en général.• Redéfinir la folie c'est reconnaître l'importance des conditions de vie des personnes. Les causes se manifestent par la pauvreté, le chômage...Une politique de plein emploi agirait sur ces causes.• Dénonce une vision médicale et dépersonnalisante de la santé mentale.• Le rapport Harnois a négligé la question du respect des droits des personnes et manqué de courage politique à cet égard.L'advocacy doit être indépendante du réseau.• Dénonce la hiérarchisation des rapports: du psychiatre qui domine sans avoir de rapport direct avec l'intervention, aux infirmiers et infirmières qui jouent un rôle tampon, auprès des professionnels et finalement aux autres intervenants qui doivent appliquer sans discussion des règles répressives.• L'État devrait s'inspirer des initiatives communautaires, plutôt que de les récupérer et ce serait un pas de plus vers la démocratisation du secteur de la santé mentale; «les réactions et la recrudescence d'initiatives de la part des communautés sont le symptôme de l'échec de l'État à répondre aux véritables problèmes ainsi que de son incapacité à changer son mode d'intervention» .• La désinstitutionnalisation doit se faire en prévoyant une gamme complète de services, hébergement, suivi, aide à l'emploi, intervention de crise. Les syndicats devraient être associés.• Demande que les syndicats soient considérés comme des partenaires.
---------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Confédération des syndicats nationaux (37p)</p>	<ul style="list-style-type: none">• On ne peut dissocier la santé mentale d'une vision globale de la santé qui prend en compte les déterminants sociaux comme le chômage. C'est ce qui est attendu de la Commission Rochon.• Le rôle de l'État est d'agir sur les déterminants de la santé et le premier but d'une politique de santé incluant la santé mentale «c'est l'amélioration de l'état de santé de la population par la réduction des écarts de santé observés entre les communautés» et le 2ème but c'est «la recherche de l'égalité des chances entre les communautés de voir leurs membres être en bonne santé, c'est-à-dire de vivre longtemps et de façon autonome et active sur tous les plans».• La politique de santé doit assurer non seulement l'équité dans l'accès aux services de santé, mais l'équité dans les conditions de santé. Cet objectif exige le maintien et le développement du secteur public et le maintien du rôle de l'État comme maître d'oeuvre.• Propose trois stratégies: la multisectorialité, la démocratisation du système sociosanitaire, l'élargissement de perspectives de santé en développant l'intervention sociale.• Prône une conception collective et sociale de la santé mentale. Il faut élargir la vision médicale dominante.• Le soutien et le développement des ressources alternatives doit préserver leur fonction critique et ne doit pas servir à privatiser les services publics. Les groupes communautaires ne doivent pas être utilisés comme déversoirs ou appendices du système public.• Demande que l'on s'engage clairement à favoriser le développement des ressources communautaires.• La CSN désire participer au groupe d'experts sur la désinstitutionnalisation.• Quant au partenariat régional, la régionalisation est souhaitable et exige la démocratisation des structures.• Suggère que les conseils régionaux soient des instances élues au suffrage universel et souhaite qu'on leur confie alors des pouvoirs réels de planification, de gestion et de coordination. On devrait alors s'assurer de la participation de groupes représentant les usagers et usagères, la population de chaque territoire et les syndicats.
----------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4è TIERS: les Conseils régionaux de la Santé et des Services sociaux

<p>Conférence des CRSSS (8p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En accord avec un projet collectif de société où l'ensemble des secteur d'activités sont interpellés pour prévenir, maintenir et améliorer la santé mentale. • En accord avec les orientations et les moyens d'action proposés. • Le rôle du MSSS c'est de préciser les orientations, les objectifs, les clientèles prioritaires et les services. • Le MSSS doit prévoir un financement adéquat pour rendre accessible la gamme de services, développer les ressources manquantes psychosociales et communautaires et répartir les ressources équitablement. • Insiste sur la question de la délégation au conseil régional du mandat d'administrer le programme régional en santé mentale, qui correspond à des activités de consultation, planification, programmation, budgétisation, allocation et réallocation de ressources, coordination des services et de l'accès à ceux-ci, gestion, contrôle et évaluation. • Ceux-ci doivent disposer des véritables leviers économiques et politiques afin d'assurer l'implantation de la politique de santé mentale.
<p>CRSSS Saguenay-Lac St-Jean (5p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La force de la politique c'est de resituer la personne au centre et de reconnaître la contribution de l'entourage et de la communauté. • Accord total avec les principes et les orientations. • En accord avec la place des ressources alternatives cependant que les attente de l'État envers les ressources de services doivent être précisées. • Les ressources alternatives ne doivent pas être reconnues par la Loi, ce qui pourrait leur conférer un caractère institutionnel. • Les conseils régionaux doivent disposer des pouvoirs réels d'allocation de réallocation des ressources financières et d'une enveloppe protégée en santé mentale., établie en fonction du per capita.
<p>CRSSS de l'Estrie (9p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accueille le projet de politique «avec enthousiasme»; personne au centre, partenariat, ouverture aux réalités sociales. • Rappelle les besoins des familles en matière d'information. • Demande que les responsabilités des partenaires soient précisées. • Demande que les ressources financières requises l' implantation de la politique soient évaluées et qu'elles soient rendues disponibles. • La formation doit soutenir un changement de mentalité à l'égard de l'approche multidisciplinaire. • C'est à la conditions que les mesures de soutien aux familles, les ressources intermédiaires et alternatives soient suffisamment financées et disponibles que la désinstitutionnalisation peut se poursuivre. • Le Ministère devrait améliorer la coordination des ses divers programmes en santé mentale avant de s'engager dans une action interministérielle.

<p>CRSSS 07 Outaouais (17p)</p>	<ul style="list-style-type: none">• Satisfait du projet de politique.• Exprime son accord avec la définition élargie et la distinction entre champ et domaine.• Les groupes communautaires devraient être financés pour un minimum de trois ans, jusqu'à cinq ans.• Insiste sur l'importance de l'intersectorialité et du leadership que devrait exercer le Ministère à cet égard.• Les notions de partenariat, d'approche communautaire et d'intersectorialité devraient être mieux balisées.• Favorable au processus de planification régionale, déjà complété dans sa région, ce qui a contribué à développer la collaboration des différents acteurs du champ et du domaine de la santé mentale.
-----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ET LES AUTRES: Instances de concertation en santé mentale

<p>Comité de coordination en santé mentale de la sous-région Nord (3p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Appuie le projet de politique et toutes les recommandations du rapport. • Formule quelques commentaires sur l'information, les plans de services individualisés qui ne doivent pas alourdir l'administration des services, l'ombudsperson qui doit être indépendant, le développement de programmes de répit aux familles par les mesures existantes. • Les plans d'organisation de services doivent mettre à contribution l'expertise et la connaissance que les intervenants ont de leur milieu.
<p>Comité consultatif régional en santé mentale (14p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exprime son appui au projet de politique • Forces importantes: placer la personne au centre des services, la régionalisation, la définition de la santé mentale en fonction de trois axes, la reconnaissance de la famille, la notion de partenariat et le plan de services individualisé. • Faiblesses importantes: la pauvreté des moyens d'opérationnalisation, l'absence d'une analyse financière quant à la répartition des ressources et la provenance des fonds requis, la confusion entre ressources intermédiaires et communautaires, l'oubli des comités de bénéficiaires quant à leur financement, la conception provinciale de la formation et le peu de pouvoir accordé aux ressources communautaires dans les mécanismes de décision régionaux. • Le projet de politique a évité d'aborder le vrai débat soit celui du partage des responsabilités entre les distributeurs de services mais si cela s'inscrit dans un véritable processus de décentralisation des pouvoirs vers les régions, c'est un moindre mal, à la condition que les conseils régionaux détiennent les véritables outils et les moyens d'exercer ce pouvoir. • Avant d'aborder la planification régionale les CRSSS devront rechercher les différents collaborateurs.

ET LES AUTRES: Les usagers, les usagère et leur parents

Comité de bénéficiaires de l'Hôpital Louis-H Lafontaine (16p)	<ul style="list-style-type: none"> • Les comités de bénéficiaires devraient s'incorporer. • Les droits des personnes sont souvent usurpés en institution. On déplore les conditions de vie en institution. • On doit améliorer l'accueil et reconnaître le rôle des familles. • La désinstitutionnalisation requiert un transfert de ressources dans la communauté. • Le partenariat passe par la reconnaissance et l'accroissement du rôle des comités de bénéficiaires.
H G , usager (6p)	<ul style="list-style-type: none"> • Dénonce l'enfermement qui lui a été imposé à l'hôpital St-Marys et la psychiatrie en général qui enferme les personnes dans une structure qui les détruit peu à peu.
M L, parent (5p)	<ul style="list-style-type: none"> • Dénonce les limites de la psychiatrie qui néglige les aspects biologique. • Propose l'utilisation de la thérapie orthomoléculaire.
W G, parent(4p)	<ul style="list-style-type: none"> • Approuve le rapport qui va dans la bonne direction en matière de réadaptation et d'insertion sociale. • Propose le développement rapide «sans longue évaluation» de centres de jour, de programmes de réadaptation et d'intégration au travail pour les schizophrènes, qui sont des programmes efficaces et valorisant. • Les parents devraient être informés et soutenus dans leur mobilisation. • L'éducation du grand public est la priorité no 1.

ET LES AUTRES : Les citoyens et les citoyennes

<p>Commission des citoyens pour les droits de l'homme (église de scientologie) (18p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dénonce la faillite de la psychiatrie en général confirmée par le haut taux de réadmission dans les hôpitaux. • Dénonce plus particulièrement les traitements abusifs envers les personnes: électrochocs, chirurgies au cerveau, psychotropes. • Demande que les sommes investies en psychiatrie soient en totalité versées aux différents groupes communautaires. • Demande que des mesures soient prises pour que l'intégrité et les droits des personnes soient protégés et respectés.
<p>Conseil des affaires sociales et de la famille (7p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En accord avec la définition proposée de la santé mentale et avec l'élargissement des interventions, cependant la santé mentale des jeunes semble un aspect négligé du projet de politique. • Insiste plus particulièrement sur la promotion et la prévention à l'égard de la santé mentale des jeunes et le soutien aux parents par le biais notamment de groupes d'entraide. Les départements de santé communautaire et les CLSC seraient tout indiqués pour assumer cette responsabilité.
<p>Le Curateur public du Québec (12p)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En accord avec la politique fondée sur la primauté et le respect de la personne et sur l'équité. • Insiste sur les droits des personnes, les mesures de soutien et de protection des personnes dans l'exercice de leurs droits civils comme l'administration de leurs biens et les décisions relatives aux soins et aux services dont elles ont besoin. Le «système d'advocacy» qui devrait être indépendant du MSSS devrait inclure ces besoins. • Les responsabilités entre les personnes, les intervenants, les établissements, les conseils régionaux et le MSSS devraient être plus claires. • Le budget requis pour implanter la politique devrait être calculé, le cas échéant il faudrait prioriser les personnes en besoin de protection.

Office des personnes handicapées du Québec (37p)	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse le projet de politique en regard de la politique d'ensemble «À part égale...» concernant la participation sociale des personnes handicapées. L'OPHQ est d'accord dans l'ensemble avec le projet de Politique en santé mentale, soit les orientations, la définition de la santé mentale et l'importance du partenariat. • Plusieurs moyens d'action ne sont cependant pas assez élaborés et l'OPHQ suggère quelques pistes de travail. • Concernant la définition de la santé mentale, l'OPHQ rappelle que les personnes concernées par le «champ» et qui éprouvent des troubles de santé mentale important sont des personnes que l'on peut considérer comme «handicapées». Au niveau du «domaine» on devrait rechercher les facteurs de risque plutôt que les groupes à risque. L'OPHQ insiste sur l'importance du plan de services individualisé qui appartient à la personne et propose un modèle d'application de cette mesure. • Propose une approche globale, quant aux droits des personnes, comportant une série de mesures: onbudsperson, comités de bénéficiaires, groupes de vigilance, révision législative et droit de recours en regard du plan de services. • Propose que les ressources communautaires aient priorité sur toute autre forme de structure. • En accord avec la redéfinition du rôle de l'État qui doit soutenir dans un réel partenariat les familles par des mesures de répit, l'entraide et les groupes communautaire. • Le partenariat exige également un partage clair des responsabilités de chacun des acteurs. La collaboration intersectorielle est également indispensable à l'intégration sociale particulièrement dans le secteur résidentiel et dans celui du travail. Si le MSSS doit assumer un leadership, c'est l'un des principaux rôles de l'OPHQ de susciter la collaboration intersectorielle.
ombudsman CH Lanaudière (20p)	<ul style="list-style-type: none"> • La fonction d'advocacy devrait être assumée par un ombudsman, dans tous les établissements, là où le nombre de bénéficiaires le justifie, et rattachée au Protecteur du citoyen.
ombudsman (6p)	<ul style="list-style-type: none"> • Il faut développer et assurer la fonction d'advocacy au Québec. La fonction d'ombudsperson doit être développée dans chaque région.
H W, citoyen (5p)	<ul style="list-style-type: none"> • Demande que la politique se préoccupe de la prévention de la violence, des services et la compréhension de la maladie mentale chez les hommes, de la confidentialité des renseignements personnels dans une équipe dont les membres proviennent de plusieurs ressources et sur le respect de la volonté des personnes à recevoir de l'aide et à intégrer la communauté de leur choix fût-ce la rue.
P S, chercheur en cosmologie (2p)	<ul style="list-style-type: none"> • Propose que la santé mentale soit redéfinie en intégrant les valeurs morales, spirituelles et religieuses et que des équipes de recherche se penchent sur la nature de l'âme et de l'esprit pour en évaluer l'état de santé.

ET LES AUTRES: Formation et recherche

Santé mentale au Québec	<ul style="list-style-type: none"> • En accord avec les orientations du rapport Harnois, la définition élargie de la santé mentale aux attitudes et aux valeurs qu'il prône. • Propose la réorganisation complète du système de services. Cette réorganisation est fondée sur la notion de réseau social des personnes. Alors que le réseau naturel de la personne l'accompagne dans son développement, les réseaux alternatif et public, plus formels assument une relation d'aide plus formelle. • Applaudit la fin du règne du rôle prédominant du modèle médical et suggère la création de centres locaux de santé mentale, dont les conseils d'administration réuniraient usagers et citoyens, des employés et de diverses organisations. Tous les services publics en santé mentale, sur une base locale seraient intégrés à cette organisation. • Les ressources alternatives sont mandatées pour répondre à l'ensemble des besoins sociaux des «patients chroniques» (hébergement, soutien financier, habilités domestiques, intégration au travail...). • Un institut national en santé mentale serait chargé de financer la recherche et assurerait la formation des intervenants et des intervenantes.
Unité de recherche en santé mentale- CHUL (25p)	<ul style="list-style-type: none"> • Rapporte les résultats de deux étude menées auprès de personnes ayant des troubles sévère et vivant en dehors des grands établissements psychiatriques. • Les personnes sous-utilisent les services, par manque de motivation, d'information ou faute d'accessibilité d'un service. • Recommande l'expérimentation de programmes de soutien communautaire. • La planification régionale devrait se soucier des besoins de ces personnes.
Club de recherche clinique du Québec (8p)	<ul style="list-style-type: none"> • En accord avec les recommandations sur le développement de la recherche. • La recherche sur les facteurs biologiques doit être développée. La recherche sur les aspects psychosociaux ne doit pas être faite au détriment de la recherche sur les facteurs biologiques. • La recherche clinique et évaluative sur les outils de réadaptation doit être développée et concertée, dans le secteur des troubles mentaux sévères.
Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal	<ul style="list-style-type: none"> • À l'égard de la désinstitutionnalisation on devrait mettre les établissements psychiatriques davantage à contribution et insister sur les notions de qualité d'évaluation des soins et des services. • La formation continue et la formation de base des infirmières n'est pas assez accessible, le statut professionnel et la contribution des infirmières sont sous-estimés. • Le développement de la recherche devrait permettre la participation de divers professionnels, dépasser le domaine biomédical et insister davantage sur l'évaluation de la qualité de soins et de l'efficacité du traitement. • Quant à la planification régionale on doute de la volonté et de la capacité de collaboration des différents partenaires.
Département de psychiatrie de l'Université de Montréal (5p)	<ul style="list-style-type: none"> • Le rapport a dévié de son mandat initial limité aux problèmes sévères. • Dénonce la confusion de la politique qui néglige toutes les connaissances déjà acquises, et valorise inconditionnellement ce qui est « nouveau ».
Dr C de M, Université Mc Gill département de psychiatrie (2p)	<ul style="list-style-type: none"> • Soutient le développement de la recherche mais il affirme que la recherche sur les facteurs psychosociaux ne doit pas se faire au détriment de la recherche sur les facteurs biologiques. • Affirme que seul le FRISQ est en mesure d'assumer le développement et le financement d'une recherche de haut calibre dans ce domaine.

Fonds de la recherche en santé du Québec (30p)	<ul style="list-style-type: none">• En faveur du développement de la recherche en santé mentale et de l'accroissement de son niveau de financement.• Le FRSQ propose d'appliquer sa politique de développement de la recherche en santé mentale.• La recherche évaluative et clinique concernant les services aux personnes souffrant de troubles mentaux sévères doit être priorisée.
---------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANNEXE II

LISTE DES DOCUMENTS DÉPOSÉS AU COMITÉ TRIPARTITE

Liste des documents déposés au comité tripartite

Date	Description	# p.	# p.
#1 10 mai 1989	• Résumé de la Politique de santé mentale	8	0
	• Composition du comité tripartite, et mode de nomination	11	0
	• Méthodologie de travail:	22*	0
#2 31 août 1989	• Structure du plan d'organisation de services	3	0
	• Rapport d'étape (1ère version du projet de plan)	56	0
	• Objectifs général, objectifs d'intervention, objectifs stratégiques et programmes requis pour les différents niveaux d'intervention	12	0
	• annexes: répertoire des programmes et services	7	0
	• Bilan des ressources actuelles	36	0
	• Documents pour l'allocation du budget de développement, 1.4 Million	0	54
#3 14 déc. 89	• Proposition préparée par Pierre Whalen sur le rôle des organismes communautaires	1	0
	• Projet de résolution pour le budget de développement	0	18
	• Plan de travail sur les comités tripartites sous-régionaux: incluant le mandat et la composition	3	0
#4 23 jan 90	• Portrait de la Montérégie	4	0
	• Modèle de répartition des ressources: tableau de la méthode d'estimation des ressources	1	0
	• Questionnaire pour la mise à jour des données	17	0
	• Structure de priorisation des besoins	4	0
	• Documents concernant le budget de développement	0	18
	• Annexes: Portrait de la Montérégie • Carte de la Montérégie (1p), Bilan des ressources financières par niveau (7p), Simulation budgétaire (2p), Dénombrement des différentes catégories d'organismes et d'établissements par sous-région (3p, Liste des organismes et établissements (18p)	31	0
#5 12 mars 1990	• Tableau sur le processus de réalisation du plan entre le comité tripartite régional et les comités tripartites sous-régionaux	1	0
	• Projet de résolution sur la consultation élargie, effectuée avec les comités tripartites sous-régionaux	1	0
	• Programmes-cadres, pour l'implantation du budget de développement	0	42
	• Organigramme pour la révision des structures participatives du CSSSM	1	0
#6-7-8 et 9 18-19 avril, 4-23 mai 1990	• Sommaire de l'inventaire des ressources en promotion et prévention	15	0
	• Liste des membres des comités tripartites sous-régionaux	9	0
	• Portrait de la répartition actuelle des ressources par programmes et par sous-régions	60	0
	• Projet de plan, avril 1990 (2è version)	73	0
	• Normes pour la répartition des ressources	16	0
	• Proposition du groupe de travail en promotion-prévention	22	0
	• Commentaires et révision du programme cadre Promotion et protection des droits	0	17

* Les nombres en caractère gras indiquent les documents qui ont été déposés pour fin d'adoption par le comité tripartite, en tout ou en partie.

#10 27 juin 1990	• Commentaires et documents révisés concernant les programmes cadres d'entraide aux usagers/ères et aux parents	0	49
	• Renseignements et proposition de demande de financement de places à la SHQ	0	7
	• Table des matières du projet de plan	2	0
	• Tableau de la répartition des ressources financières actuelles, requises et des écarts pour les niveaux d'intervention	2	0
	• Propositions de modification des objectifs stratégiques des comités tripartites sous-régionaux	37	0
	• Modèle d'organisation des services	5	0
	• Grille pour la répartition des responsabilités par programmes	8	0
	• Résolution du comité de travail sur la consultation élargie, auprès des associations de parents, des groupes d'entraide et du groupe Auto-psy	1	0
#11 17 septembre 1990	• Document de présentation du Collectif de Défense des Droits de la Montérégie	0	6
	• Budget de dépannage, provenant du budget de développement 90-91	0	7
	• projet de plan d'août 1990 (3 ^e version)	118	0
	• Normes de répartition des ressources, août 90	16	0
	• Simulations de répartition des ressources entre les niveaux et les sous-régions	7	0
#12 2 nov 1990	• Commentaires et programme cadre de répit aux familles	0	26
	• Tableau des orientations, des objectifs et des recommandations en fonction des objectifs fondamentaux de la politique de santé mentale	8	0
	• priorisations des programmes par les comités sous-régionaux	8	0
	• Document pour la consultation élargie	52	0
	• Projet de plan, oct 1990 (4 ^e version)	130	0
#13 9 jan 1991	• Rapport du Collectif de Défense des Droits dans le cadre de la consultation	18	0
	• Rapport des groupes d'entraide	8	0
	• Rapport des associations de parents et d'amis	4	0
	• Rapport de la consultation élargie	10	0
	• Synthèse des grilles de consultation et des mémoires	44	0
	• Synthèse des audiences publiques	17	0
	• Procès-verbal de la réunion du comité de condition de vie des femmes	4	0
	• Résumé du plan d'action	17	0
	• Horaire des audiences publiques	3	0
	• Modèle d'allocation des ressources par niveaux et par sous-région, révisé	6	0
	• Commentaires et programme cadre de répit aux familles	0	32
	• Projet de recherche d'évaluation en santé communautaire, lettre d'appui	0	1
	• Proposition du comité tripartite de Châteauguay sur l'implantation d'un centre de crise	0	1
#14-15 18-24 jan 91	• extrait de la loi sur les responsabilités des établissements de santé et de services sociaux	5	0
	• La grille de répartition des responsabilités	8	0
	• Chapitres 5 et 6 du plan, version de janvier 1991 (version finale)	58	0
	• Proposition pour la répartition du budget de développement de la sous-région de Châteauguay		5
	• Nombre total de pages	1293	1010