

InterActions

Centre de recherche et de partage des savoirs
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal



REGARDS

LES PARTENARIATS EN SANTÉ MENTALE : UN TISSAGE DE LIENS CRÉATIFS

LUC FARINAS, Ph. D.

DÉCEMBRE 2020

16

Les partenariats en santé mentale : un tissage de liens créatifs

AUTEUR

Luc Farinas, Ph.D., chercheur postdoctoral, École des sciences de l'administration, Téléq et chercheur postdoctoral Regards (2017-2018)

COORDINATION DE L'ÉDITION

Aurélié Hot et Geneviève Grenier, Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

GRAPHISME

Le Zeste Graphique
Patricia Décarie, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

DIFFUSION

Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal : www.centreinteractions.ca

REPRODUCTION

Il est permis de reproduire à des fins purement informatives et non commerciales tout extrait du présent document pourvu qu'aucune modification n'y soit apportée et que le nom de l'auteur original et de la source soient clairement indiqués.

© Centre InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

ISSN 2291-5958 (En ligne)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020.

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2020.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	4
1.0 Introduction : un tissage créatif de liens de partenariat, souhaité, mais peu visible dans le domaine de la santé mentale ?.....	4
2.0 Les conditions de réalisation du travail en réseau.....	8
2.1 Les conditions structurelles	9
2.2 Les conditions organisationnelles.....	10
3.0 La variété du travail en réseau : une question de perspectives	12
3.1 L'ouverture et l'engagement	12
3.2 Le « contournement ».....	13
3.3 Le réseautage.....	13
3.4 Le « professionnalisme » ou le formalisme.....	14
3.5 L'inévitabilité.....	14
3.6 La fermeture ou la rigidité	15
4.0 Cinq enjeux de ces réseaux en action	16
4.1 La place du tissage de liens dans les tâches quotidiennes	16
4.2 La persistance de liens individualisés	17
4.3 L'« égalité » entre les partenaires : un travail toujours à recommencer ...	18
4.4 La convergence ou la divergence des perspectives et leurs impacts dans le tissage des liens.....	18
4.5 L'impact des réformes sur le tissage de liens	19
5.0 En bref.....	20
Références et notes.....	22

Résumé

L'intervention en santé mentale n'est pas simple et exige souvent des partenariats, des collaborations ou des coopérations entre divers.es praticien.ne.s provenant d'organisations et de secteurs variés (privé, public ou communautaire). Autrement dit, elle repose sur des actions en réseau. Ce tissage de liens ne va pas de soi et peut revêtir des formes variées. Cette recherche se penche sur six perspectives que les praticien.ne.s des équipes SIV (soutien d'intensité variable) et leurs partenaires peuvent adopter pour tisser ces liens permettant d'aider les personnes qui souffrent de troubles de santé mentale. Ces perspectives montrent bien la créativité de ces praticien.ne.s qui réalisent des tâches complexes dans des circonstances qui le sont tout autant.

La première section de ce carnet introduit la nature souvent peu visible et complexe de cette action en réseau et la deuxième section aborde les circonstances de sa réalisation. Dans la troisième section, les six perspectives en question sont exposées. Ensuite, cinq enjeux de cette action en réseau dans le secteur de la santé mentale sont esquissés. En guise de conclusion, la dernière section reprend trois idées clés à retenir lorsqu'on souhaite tisser des liens permettant d'aider les personnes qui souffrent de troubles de santé mentale.

COMPLÉMENT MUSICAL



Spotify

Pour agrémenter votre lecture, nous avons créé une liste de musique instrumentale qui a inspiré notre auteur. Bonne lecture et bonne écoute !

1.0 Introduction : un tissage créatif de liens de partenariat, souhaité, mais peu visible dans le domaine de la santé mentale ?

Depuis les années 1980, tant les autorités gouvernementales que les praticien.ne.s au Québec évoquent l'importance de travailler en partenariat ou en réseau dans le domaine de la santé mentale¹. Les troubles mentaux constituent un phénomène complexe qui nécessite souvent une action impliquant divers.es professionnel.le.s, organisations et secteurs d'activité². D'ailleurs, on ne s'entend pas toujours sur la définition de ce qu'est un trouble mental ou encore la santé mentale³. L'approche biomédicale et l'approche alternative entrent en tension, tant au niveau de la définition que celui du traitement à apporter à ces troubles⁴. Cette tension peut parfois se répercuter dans les rapports entre les praticien.ne.s œuvrant dans les organisations publiques et communautaires⁵.

Les troubles de santé mentale peuvent aussi être associés ou se conjuguer à des troubles de dépendance, à l'itinérance, à la pauvreté ou encore à l'insalubrité du logement⁶. Il est impossible d'établir des causes ou des effets clairs entre ces différents phénomènes. Des solutions comme la médication peuvent aider, mais aussi entraîner des conséquences plus ou moins agréables ou néfastes ou des effets secondaires importants pour les personnes⁷.

Le travail en réseau permettrait de composer avec de tels phénomènes complexes⁸. Les relations interorganisationnelles et intersectorielles comportent la possibilité d'une mise en commun d'approches créatives, de savoirs, de services, d'efforts ou d'autres formes de ressources⁹; autant d'éléments qui s'avèrent essentiels pour composer avec de tels phénomènes complexes. Comme il n'existe pas nécessairement de compréhensions partagées de ces phénomènes complexes, ni de règles ou de critères clairs et établis permettant de repérer et d'évaluer toutes les solutions, **les praticien.ne.s de première ligne doivent souvent discuter ensemble, miser sur leur jugement, ainsi que la confiance et leur crédibilité mutuelle pour composer avec cette complexité**¹⁰.

Or, dans les documents gouvernementaux comme les Plans d'action en santé mentale, le travail en réseau ou la collaboration entre ces praticien.ne.s est souhaité, mais peu décrit¹¹. Il s'agit d'une boîte noire. On semble prendre pour acquise la façon de le réaliser au jour le jour tout en présupposant que peu d'intervenant.e.s y ont recours. Cela laisse croire que la collaboration pendant les activités quotidiennes d'intervention paraît insuffisante ou inexistante. Pourtant, des recherches indiquent que des relations interorganisationnelles et intersectorielles se produisent dans le domaine de la santé mentale¹², c'est-à-dire qu'un certain travail en réseau existe déjà, mais que les façons dont ces relations sont tissées entre les praticien.ne.s durant les interventions quotidiennes ne sont pas bien comprises.

En plus, après quelques expérimentations avec cette forme d'organisation¹³, des réseaux intégrés de services ont été mis en place systématiquement et progressivement à partir de 2005 par les autorités gouvernementales dans le domaine de la santé mentale¹⁴. Cela semble s'être produit avec une vision plutôt « top-down » de l'autorité centrale vers les paliers locaux sans trop tenir compte des réseaux déjà existants entre les praticien.ne.s de première ligne¹⁵. Autrement dit, bien que le travail en réseau soit souhaité par les autorités gouvernementales, les pratiques de réseautage de première ligne apparaissent négligées¹⁶.

Les résultats présentés dans ce carnet proviennent d'une recherche visant à explorer davantage le rôle des intervenant.e.s des secteurs publics et communautaires dans l'accomplissement de ces liens interorganisationnels et intersectoriels.

BREF SURVOL DE LA RECHERCHE

Cette recherche interprétative, financée par une bourse de l'équipe de recherche Regards du Centre de recherche et de partage de savoirs InterActions, a exploré les façons dont les praticien.n.e.s des trois équipes SIV du CIUSSS NIM (Cœur-de-l'Île ou CI, Ahuntsic–Montréal-Nord ou AMN et Bordeaux-Cartierville–St-Laurent ou BCSTL) et leurs partenaires publics et communautaires tissent des liens interorganisationnels et intersectoriels au quotidien pendant leurs interventions, ainsi que les circonstances de ce processus. Elle repose essentiellement sur 21 entrevues semi-dirigées d'une durée moyenne de 1 h 35 et sur 158,5 heures d'observations accomplies pendant une recherche de 7 mois sur le terrain, entre janvier 2018 et août 2018. Les entrevues ont été réalisées auprès de 6 intervenant.e.s des équipes de soutien d'intensité variable (SIV), leur gestionnaire, 8 partenaires (dont 3 du secteur communautaire et 5 du secteur public) et 6 personnes usagères¹⁷.

Les équipes de soutien d'intensité variable (SIV) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal (NIM) constituent des collectifs de praticien.ne.s qui participent à de telles relations, comme le montre la description de leur rôle par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM).

LE RÔLE DE L'INTERVENANT SIV SELON LE CNESM

« L'intervenant SIV jouera un rôle de pivot et par sa fonction de coordonnateur de services, il mettra la personne utilisatrice en lien avec différentes ressources nécessaires pour son intégration dans la communauté. Ces ressources peuvent être multiples, que ce soit l'équipe médicale, une ressource d'intégration à l'emploi ou encore un organisme communautaire offrant des activités. L'intervenant fera aussi le lien avec les proches et la famille afin de les aider à bien comprendre la maladie ainsi que les projets de la personne suivie de façon à pouvoir soutenir efficacement cette dernière. »

Extrait tiré du site internet du Centre national d'excellence en santé mentale, <https://www.cnesm.org/accueil/programmes/siv/siv-description/>. Page consultée le 11 septembre 2019.

Selon cette description, l'intervenant.e SIV remplit un rôle de coordination et sa pratique traverse les frontières professionnelles, organisationnelles et sectorielles. L'aide couvre beaucoup de facettes de la vie et des besoins des personnes usagères (emploi, hébergement, santé, droit, sécurité publique, etc.). Elle nécessite aussi une coordination qui ne se réalise pas de façon automatique. L'encadré suivant

présente un ensemble de besoins psychosociaux auxquels peuvent répondre les équipes SIV, tel que conçu par le CNESM. Cela permet de préciser certaines activités réalisées par ces équipes.

LES BESOINS PSYCHOSOCIAUX AUXQUELS PEUVENT RÉPONDRE LES ÉQUIPES SIV SELON LE CNESM

« Participation aux rendez-vous ; Prise de médication ; Capacité de garder son logement ; Habiletés de vie quotidienne et domestique ; Gestion financière ; Abus de substance ; Situation de dangerosité pour soi ou pour les autres ; Résolution de crises psychosociales ; Participation à des activités significatives ; Reconnaissance des signes précurseurs à une rechute ; Développement d'un projet de vie exigeant de la réadaptation psychosociale ; Aide pour développer un réseau social significatif et aidant »

Extrait tiré du site internet du Centre national d'excellence en santé mentale, <https://cnesm.org/accueil/volets/siv/siv-offre-de-services/>. Page consultée le 20 février 2020

Cette description des activités des équipes SIV illustre indirectement la variété des liens des équipes SIV. Par exemple, la participation aux rendez-vous implique au moins d'autres professionnel.le.s de la santé. Toutefois, elle expose trop peu la diversité de ces contacts sur le terrain et la coordination nécessaire à la réalisation de leurs tâches. En guise d'illustration, la situation de dangerosité pour soi ou pour les autres et la requête ou l'ordonnance de cour qui l'accompagnent peuvent mettre en contact à un moment ou à un autre, des praticien.ne.s provenant des équipes SIV, d'Urgence psychosociale-justice (secteur public), des centres de crises (secteur communautaire), des services de police (secteur public), du système judiciaire (secteur public), des hôpitaux psychiatriques (secteur public), d'Urgences-santé (secteur public) ou encore des centres d'hébergement ou des logements (du secteur privé, public ou communautaire).

Le travail en réseau et la coordination réalisés par les membres des équipes des SIV et leurs différents contacts ne vont pas de soi. Ils ne sont pas toujours qu'un simple arrimage entre les besoins des personnes usagères et les services que ces contacts offrent. Ils reposent souvent sur le jugement des intervenant.e.s SIV, leur tissage de liens avec divers contacts et leur adaptation à ces différents contacts, à leurs langages et à leurs règles et fonctionnement organisationnels ainsi que leur ajustement aux personnes usagères. Cette action en réseau s'avère loin d'être simple. **Beaucoup de ces liens doivent être créés, maintenus ou entretenus par les intervenant.e.s : ils nécessitent un travail relationnel** (soit l'énergie, le temps et les efforts nécessaires pour interagir)¹⁸. Ces liens interorganisationnels et intersectoriels sont surtout nommés partenariats par les membres des équipes SIV. Ces derniers signalent aussi passer entre 5 et 15 heures par semaine à des

activités liées à ces partenariats, pour une moyenne de près de 2 heures par jour (1,66 heure). Ces contacts se produisent surtout au téléphone, mais aussi en face à face. Les conditions dans lesquelles ils se réalisent peuvent aussi contribuer à leur complexité.

2.0 Les conditions de réalisation du travail en réseau

Ce tissage de liens se réalise dans des circonstances structurelles (les plus difficiles à transformer) et dans des circonstances organisationnelles (il est parfois possible de les modifier)¹⁹. Ces deux types de conditions constituent autant de défis qu'essaient de surmonter les praticien.ne.s au quotidien²⁰.

APERÇU DES DÉFIS DE L'INTERVENTION AU QUOTIDIEN

Un intervenant SIV va faire sa visite hebdomadaire auprès d'une personne-usagère. Cette dernière lui demande alors de parler avec le concierge de la possibilité d'apporter des travaux de rénovation dans son appartement. Cet intervenant et ce concierge ne se connaissent pas. Il s'agit d'un premier contact. L'intervenant va au bureau de l'administration et demande à parler au concierge. Il dit à l'adjointe administrative présente qu'il est un intervenant du CLSC qui s'occupe de telle personne, qu'il souhaite discuter avec le concierge et que cela ne prendra pas beaucoup de temps. L'adjointe appelle le concierge qui vient nous rejoindre à son bureau. Ce dernier se présente en serrant la main de l'intervenant. Celui-ci fait de même. Il s'ensuit une discussion sur l'état du logement de la personne et des frais qui seront entraînés par des rénovations. L'intervenant répond que la personne est d'accord à avoir une augmentation tant qu'elle est raisonnable. Le concierge lui apprend que les voisins de la personne trouvent cette dernière souvent agitée durant la nuit. Il est, lui-même, appelé au moins une fois par semaine par la personne et parfois, en plein milieu de la nuit. Il demande alors si la personne est dangereuse. L'intervenant le rassure en lui disant que « non, elle n'est pas dangereuse. En plus, elle est suivie par une équipe et prend ses médicaments. » La discussion se termine par une promesse de se tenir au courant de la décision de la personne face aux rénovations. L'intervenant m'expliquera par la suite que les concierges sont souvent des partenaires importants, car ils permettent aux personnes d'éviter de se retrouver dans la rue en repérant rapidement les problèmes et en permettant de les résoudre le plus rapidement possible. (Notes d'observations du 26 mars 2018).

Cette situation observée illustre certains de ces défis relevés par les équipes SIV. L'intervenant, après une visite hebdomadaire à une personne usagère, doit créer un lien avec le concierge de l'immeuble où demeure cette personne. **Ce lien découle de cette visite sans être prévu.** La visite a peut-être duré 15 minutes et la création du lien avec le concierge environ le même temps (cela affecte l'horaire de travail, une condition organisationnelle). Ce contact est crucial dans un contexte où les logements sont rares à Montréal et où les stéréotypes et les préjugés face à la santé mentale subsistent toujours (deux conditions structurelles). Dans de telles circonstances, cet intervenant a intérêt à mettre en place et maintenir ce lien avec ce concierge qui relève du secteur privé. La section 2.1 décrit quelques conditions structurelles et la section 2.2 certaines conditions organisationnelles importantes dans l'aide auprès des personnes souffrant de troubles de santé mentale.

2.1 Les conditions structurelles

Les conditions structurelles sont beaucoup plus difficiles à changer que les circonstances organisationnelles. Elles peuvent favoriser ou contraindre certaines pratiques. Elles réfèrent, entre autres, à la persistance de stéréotypes ou de préjugés face aux troubles de santé mentale, aux impacts des réformes ou encore aux relations entre les organisations publiques et communautaires. Un ensemble de circonstances structurelles affectent les trois équipes SIV. Parmi celles-ci, on trouve les effets souvent négatifs des réformes dans le domaine de la santé et des services sociaux comme les ruptures de liens, déplacements ou départs du personnel ou encore risques pour l'identité SIV à cause de fusions. Les CLSC et leurs composantes peuvent perdre leurs racines communautaires et être assimilés au monde hospitalier. De plus, un discours professionnel se démarque par une valorisation des forces de l'usager, l'*empowerment*, le rétablissement ainsi que différentes formes de partenariat. On peut alors nommer partenaire²¹ autant les praticien.ne.s communautaires ou publics, les personnes usagères, leurs proches que les collègues de l'équipe de travail. La hiérarchie médicale demeure aussi importante, avec, par exemple, les différences de statut entre les psychiatres, les infirmières et les travailleurs sociaux ou la relation inégalitaire entre les personnes usagères et les psychiatres. En outre, des préjugés et des stéréotypes persistent face aux troubles de santé mentale et affectent le travail quotidien. Finalement, les logements à prix modique et propres sont toujours rares.

Les relations entre les organisations communautaires et publiques peuvent être marquées tant du sceau de la confiance que de la méfiance. Des expériences de travail réussies ou le fait de surmonter ensemble des difficultés permettent de mettre en place un rapport de confiance. Il arrive aussi que des membres des équipes SIV proviennent des organisations communautaires et conservent

certain contacts et façons de faire apprises dans ces milieux de travail. Cela aide à créer des relations de confiance plus collaboratives entre les praticien.ne.s. Ce n'est pas toujours le cas. Une certaine méfiance existe aussi entre des organisations publiques et communautaires. Les premières sont souvent perçues comme étant les plus riches en termes de ressources financières et d'expertise et des représentantes du monde institutionnel et de la logique biomédicale. Ce qui fait que beaucoup de personnes interviewées reconnaissent une relation d'interdépendance inégale entre ces deux secteurs. Une méfiance caractérise aussi certains rapports entre des organisations communautaires qui sont parfois placées en situation de compétition pour obtenir leur financement.

2.2 Les conditions organisationnelles

À la différence des conditions structurelles, les conditions organisationnelles (comme les conditions de travail, des caractéristiques du réseau de la santé et des services sociaux, ou des traits des organisations communautaires et publiques, etc.) peuvent se prêter plus facilement à des modifications.

Différentes dimensions des conditions de travail sont à mentionner. Il y a un roulement élevé du personnel tant dans le secteur public que communautaire. La charge de travail est souvent importante et le temps pour le faire semble parfois manquer. Les journées de travail se ressemblent rarement, bien que certain.e.s intervenant.e.s puissent introduire des routines dans leurs horaires de travail. Il s'avère aussi difficile d'équilibrer les rencontres avec les usager.ère.s, les retours d'appels avec ces derniers, le temps de déplacement et de stationnement, les réunions d'équipe, les urgences et la tenue de dossier. En plus, dans cette complexité, des liens de partenariats doivent aussi être entretenus avec des praticien.ne.s d'organisations communautaires, publiques, mais aussi privées.

Ces partenariats impliquent certains enjeux. Ils sont variés (tant avec les équipes médicales, des professionnel.le.s de la santé, des ressources communautaires, des agent.e.s de l'aide sociale, des propriétaires de logements, etc.). Ils sont essentiellement peu formalisés et personnalisés : ils reposent sur des individus, ce qui peut entraîner une certaine fragilité du lien. Ces partenariats nécessitent aussi parfois d'avoir à expliquer ou à préciser ce qu'est une équipe SIV et son mandat, tout en clarifiant les rôles et les limites de chacun. De plus, ils prennent du temps qu'on ne peut pas toujours inclure dans les « statistiques ». Par exemple, les intervenant.e.s peuvent avoir à recevoir des appels de leurs partenaires et les rappeler. Cela les fait alors participer à des « chaînes de téléphones » peu contrôlables (au sens où un appel téléphonique en entraîne plusieurs autres) tout en ayant à répondre aux attentes de leurs partenaires.

Toutes les équipes SIV ne disposent pas d'un même historique de collaboration ou encore de la même variété ou de la même quantité d'organisations

communautaires relevant de la santé mentale sur leurs territoires. Et ce n'est pas parce que ces dernières existent qu'elles sont accessibles et disponibles de la même façon pour tous les membres de ces équipes. Bien que les relations entre les participant.e.s interviewé.e.s soient surtout harmonieuses, ces praticien.ne.s du public ou du communautaire ne partagent pas nécessairement les mêmes perspectives sur le rétablissement ou les mêmes philosophies d'intervention. Par exemple, de façon caricaturale, d'un côté, on retrouve une culture « publique » des institutions du réseau de la santé et des services sociaux marquée par la froideur, un esprit bureaucratique, le découpage de la personne en différentes spécialités médicales et la valorisation des chiffres ; alors que de l'autre, on retrouve une culture « communautaire » des ressources où règne une chaleur, un esprit familial, la prise en considération de la personne dans sa totalité et le respect. Cela peut mener à des tensions. Il en va de même des rapports avec certains praticien.ne.s des hôpitaux et des urgences lors d'un refus ou d'une évaluation trop rapide des personnes usagères.

Les personnes interviewées déplorent souvent la nature spécialisée et les difficultés d'accès à divers services du réseau de la santé et des services sociaux (par exemple, des évaluations en neuropsychiatrie, des évaluations en déficience intellectuelle, l'accès aux psychologues, etc.) et les listes d'attentes (par exemple, pour les psychologues de première ligne, en Déficience intellectuelle/Troubles du spectre de l'autisme - DI/TSA, etc.). Des organisations communautaires utilisent aussi de telles listes.

Finalement, il existe d'autres équipes avec qui ces intervenant.e.s peuvent travailler conjointement : les équipes de suivi intensif dans le milieu (SIM) des territoires correspondants, l'équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance (EMRII), l'équipe Itinérance, l'équipe quartier de Montréal-Nord ainsi que l'équipe Urgence psychosociale-justice. Ces équipes, souvent des collectifs mobiles, peuvent servir de pont entre les organisations publiques et communautaires. La participation à des tables de concertation (surtout celles qui sont associées à la santé mentale), à des formations et le partage de la « cause » d'aider les personnes qui souffrent de problèmes de santé peuvent aussi permettre des rapprochements entre les praticien.ne.s des milieux publics et communautaires.

Ces différents défis structurels et organisationnels poussent les membres des équipes SIV et leurs partenaires à déployer beaucoup de créativité pour réaliser leurs tâches et tisser des liens ou travailler en réseau. Ces pratiques de réseautage sont alors très variées et les praticien.ne.s peuvent adopter au moins six perspectives pour les réaliser.

3.0 La variété du travail en réseau : une question de perspectives

Le travail en réseau ou de partenariat des membres des équipes SIV et de leurs partenaires peut revêtir des formes variées. Au moins six perspectives²² peuvent l'orienter et faciliter ou contraindre le tissage de liens²³:

Six perspectives face au travail en réseau :

1. l'ouverture et l'engagement,
2. le contournement,
3. le réseautage,
4. le professionnalisme ou le formalisme,
5. l'inévitabilité,
6. la fermeture ou la rigidité.

Seules la fermeture ou la rigidité contraignent le travail relationnel nécessaire aux liens interorganisationnels et intersectoriels. Les cinq autres perspectives constituent autant de façons de s'organiser et de se coordonner pendant les liens. Ce ne sont probablement pas les seules perspectives possibles. Et les perspectives adoptées tendent à varier selon les partenaires et les situations rencontrées. Un.e même praticien.ne, à divers moments, peut s'inspirer de chacune de ces six perspectives. Ces dernières se distinguent par le niveau décroissant d'engagement et de familiarité : l'ouverture et l'engagement en comptent le plus et la fermeture ou la rigidité, le moins. Cette section esquisse brièvement ces perspectives²⁴.

3.1 L'ouverture et l'engagement

Cette perspective se démarque par un respect d'autrui et de ses obligations face à lui. Il s'agit d'un idéal relationnel souvent mentionné et qui se matérialise parfois dans certains liens privilégiés. La cause d'aider les personnes qui souffrent de troubles de santé mentale unit beaucoup de praticien.ne.s qui l'adoptent. Cette cause constitue une source importante d'aménagements possible en termes de rôles, de mandats ou de tâches et on ne craint pas d'en faire plus. Cette posture²⁵ décrit particulièrement bien les relations collaboratives ou celles qui se déroulent bien avec des partenaires importants. La réciprocité y joue un rôle crucial. L'organisation du travail et des rôles est très flexible et repose sur une connaissance personnalisée d'autrui et de ses limites. Le « plan de match » (c.-à-d. l'action commune envisagée) qui en émerge apparaît ouvert et flexible. Cette posture est souvent associée à des expressions comme « on est des collègues », « on se fait confiance » ou encore « on fait partie de la même équipe ». Et les liens créés

et maintenus sont souvent de nature collégiale, égalitaire et réciproque comme l'illustre ce témoignage :

« le SIV, c'est un suivi à long terme. On est très présent. Donc ils [les partenaires] comptent sur nous. Ils s'appuient sur nous. Puis c'est correct on s'appuie sur eux. On veut maintenir des deux côtés le lien avec la plupart des partenaires. Évidemment, il y a toujours des exceptions. Mais en majorité on cherche ça parce que c'est plus facile de travailler en équipe que tout seul. » (personne du secteur public, BCSTL)²⁶

3.2 Le « contournement »

Le contournement se caractérise par **un respect de l'esprit des rôles et des règles formalisés, tout en élargissant leur application**. Étroitement associée à la perspective de l'ouverture et de l'engagement, les praticien.ne.s qui adoptent cette posture font des « exceptions ». La cause d'aider les personnes est plus limitée que dans la perspective précédente. L'aménagement des règles et des rôles demeure contraint par les mandats formalisés. L'organisation du travail et des rôles se réalise de façon flexible. Le « plan de match » est marqué par son côté innovateur. Cette posture se traduit par une recherche de nouvelles façons de faire et par le fait de dépasser des frontières bureaucratiques ou professionnelles. Elle est liée à des expressions comme « on peut s'aider », « on peut faire des exceptions ». Les liens créés et maintenus sont aussi marqués par une recherche de collégialité et une créativité comme l'expose cette personne rencontrée :

« [dans l'aide en santé mentale] oui on se resserre les coudes, on se tient plus ensemble. Mais ça crée aussi une espèce de frustration là face à ce qu'on peut faire. Mais encore là quand il y a des frustrations tu trouves d'autres solutions finalement. Tu contournes [les obstacles] puis "regarde on va faire ça de telle façon." » (personne du secteur communautaire, BCSTL)

3.3 Le réseautage

Le réseautage s'associe à **la nécessité pragmatique de tisser des liens**. La cause semble aussi moins « engageante » qu'avec les perspectives précédentes et centrée sur les besoins des personnes. Les mandats et les rôles formalisés des praticien.ne.s apparaissent aussi complémentaires, mais sont utilisés de façon plus flexible que dans la perspective « professionnelle ». L'organisation du travail et des rôles est flexible et repose sur les besoins des personnes usagères ou des intervenant.e.s. Le « plan de match » reflète de tels besoins. Cette perspective est liée à des expressions comme « il faut avoir le plus de partenaires possible », « on n'a jamais assez de contacts » ou « c'est crucial de développer des liens ». Les liens

créés et maintenus sont surtout marqués par une norme du « donnant-donnant » plus instrumentale. C'est aussi ce que signale cette personne :

« Le conseil [à de futurs intervenants] c'est de ne jamais laisser une nouvelle rencontre partir comme ça. Non, tu prends le nom. Tu parles de "pourquoi je suis là", "oui notre clientèle n'est pas toujours facile, mais on est là justement pour vous aider", "avez-vous besoin d'aide". De toujours offrir notre support. //Puis "vous, est-ce que vous faites telle, telle affaire ?", "Bien oui on fait ça." Puis là c'est un échange de ce qu'eux sont capables de nous offrir [et] de ce qu'on peut offrir. » (personne du secteur public, CI)

3.4 Le professionnalisme ou le formalisme

Le professionnalisme ou le formalisme réfère à **l'appel au fonctionnement prévu ou formalisé et aux logiques et identités professionnelles**. La cause se confond ici avec le mandat professionnel ou organisationnel. Les mandats et les rôles semblent encore une fois complémentaires. L'organisation du travail, des rôles et des tâches est flexible, mais prédéterminée par les appartenances professionnelles et organisationnelles. Le « plan de match » est limité par la formalisation des mandats et des rôles. En plus de l'usage du vocabulaire lié à une profession ou encore à l'administration, on peut l'associer à des expressions comme « nous, les travailleurs sociaux (ou n'importe quelle autre profession) », « on fait comme tout professionnel » ou « cela entre dans mon mandat ou mon rôle ». Les liens mis en place et entretenus se distinguent surtout par la reproduction des logiques et identités professionnelles et organisationnelles. L'extrait d'entrevue suivant en fournit un exemple avec le discours de l'intervenant pivot :

« nous [l'équipe SIV] on va entrer en place puis on va être le pivot autour de tous ces services-là qui ont été offerts par le passé. Donc souvent on devient la personne de référence. Puis on est capable de collecter toute l'information puis vraiment faire un suivi plus complet. » (personne du secteur public, CI)

3.5 L'inévitabilité

L'inévitabilité désigne une posture selon laquelle **les liens vont se produire de toute façon au hasard du travail quotidien**. Elle est plus rare que les perspectives précédentes. La cause d'aider apparaît aussi plus automatique (c.-à-d. elle devient une sorte de prémisse des liens). Les mandats et les rôles sont complémentaires et l'ajustement du travail et des tâches paraît aussi se réaliser de façon quasi spontanée. Il en va de même des « plans de match ». On peut associer cette perspective à des expressions » comme « c'est naturel » ou « je ne contrôle pas mes relations ». Les liens créés et maintenus se démarquent par une forme de

résignation : on se contente des liens qu'on a. L'extrait d'entrevue suivant illustre cette perspective :

« Ça se maintient comment [les liens] ? Bien je ne le sais pas, c'est la vie. Ça se maintient. //c'est naturel [rires]. // Oui ça se vit ! // moi je pense qu'on est toujours en complémentarité les uns des autres. Parce que nos usagers aussi sont différents. Ça fait qu'il n'y a pas un bon modèle ou un bon intervenant : il y a les intervenants qu'il y a. » (personne du secteur public, BCSTL)

3.6 La fermeture ou la rigidité

La fermeture ou la rigidité se démarque par **un refus de travailler ensemble, de partager l'information ou encore une application très rigide des règles organisationnelles**. Cette posture est surtout associée aux difficultés dans le travail quotidien ou encore aux relations qui se déroulent mal. La cause d'aider les personnes n'apparaît pas comme un élément unificateur, elle semble absente. Les mandats et les rôles formalisés apparaissent comme autant de sources de repli. L'organisation du travail et des rôles est inflexible et unilatérale : un.e intervenant.e fait des efforts pour obtenir quelque chose qu'autrui lui refuse, en faisant aussi des efforts. Le « plan de match » s'avère inexistant. Les expressions utilisées peuvent alors être « cela ne répond pas à nos critères, notre mandat ou notre rôle » ou « je ne peux pas vous donner cette information ». Ces liens peuvent laisser l'impression de « faire face à un mur ou une porte close » ou encore de déranger son interlocuteur. C'est ce qu'illustre l'extrait suivant :

« l'intervenante [d'un autre établissement du réseau de la santé] a été comme vraiment rigide. Dans le sens "je ne peux pas dire rien par rapport à mon client". Et elle ne voulait pas vraiment discuter // [de ce qu'elle avait] vu comme problème. // Donc après ça je n'ai jamais fait un autre effort pour communiquer avec elle. » (personne du secteur public, CI)

En somme, ces six perspectives peuvent orienter le tissage des liens interorganisationnels et intersectoriels des équipes SIV. Ces postures marquent bien la variété possible des formes de l'action en réseau dans le domaine de la santé mentale. Chacune implique une forme de coordination et d'organisation différente des autres. Autrement dit, il n'y a pas qu'une seule façon de travailler en réseau ou de faire du partenariat. Mais cette action en réseau n'est pas évidente. Certaines conditions structurelles et organisationnelles de même que la perspective de la fermeture ou de la rigidité illustrent bien cette complexité. On peut l'exposer de façon plus synthétique grâce à cinq enjeux.

4.0 Cinq enjeux de ces réseaux en action

Sans être des résultats définitifs de recherche ni épuiser la complexité du travail relationnel accompli, cinq enjeux montrent bien les difficultés du tissage de ces réseaux et la créativité dont font preuve les praticien.ne.s qui l'accomplissent²⁷.

Cinq enjeux dans le tissage de ces réseaux

- L'enchevêtrement du tissage des liens et des interventions
- La fragilité de liens individualisés
- L'égalité entre des partenaires peu égaux
- La convergence et la divergence des perspectives et leurs impacts
- Les effets souvent négatifs des réformes

4.1 La place du tissage de liens dans les tâches quotidiennes

Les liens interorganisationnels et intersectoriels sont souvent entremêlés dans les activités cliniques d'intervention. Ces liens et activités **sont souvent indissociables et nécessaires l'une à l'autre**. Par contre, le travail nécessaire au tissage des liens est souvent invisible pour les systèmes formalisés d'évaluation de la performance. Par exemple, le temps pris pour discuter, tout en respectant la confidentialité, à propos du cas d'une personne usagère qui n'est pas partagée par les intervenant.e.s de deux organisations différentes ne se retrouve pas dans les « statistiques officielles ». C'est ce qu'indique cette intervenante :

« en fait ça dépend //. Si c'est// l'infirmière de l'équipe traitante, elle est impliquée. On parle du plan d'intervention, ça va être *staté* comme concertation clinique.// Si//j'appelle une partenaire pour [une] personne [qui n'est pas suivie [par elle], mais je me pose des questions...de manière anonyme : "Bon voilà j'ai une personne qui est dans cette situation-là, qu'est-ce que t'en penses ?". Ça ne sera pas *staté* parce que ça fait partie de mon travail de travailleuse sociale d'amener la personne vers ça. » (personne du secteur public, BCSTL)

Pourtant ce temps de discussion est crucial pour l'entretien des liens et l'intervention. On peut même le comparer à un « investissement » dans les contacts et à un apprentissage continu qui participe à la qualité de l'intervention. Mais cela n'apparaît pas toujours comme cela même aux praticien.ne.s dont la charge de travail est déjà importante et le temps compté.

4.2 La persistance de liens individualisés

Les praticien.ne.s interviewé.e.s insistent sur la nature peu formalisée et souvent personnalisée des partenariats, surtout ceux qui sont réussis : ils reposent sur des individus particuliers. C'est ce qu'indique cette praticienne :

« tu sais avec ces partenaires-là [importants] on en a vécu des situations abracadabrantes. Fait que ça crée un rapprochement d'individu à individu, mais effectivement oui ces liens-là sont plus [forts]. // c'est individuel à chacun je pense aussi. ». (personne du secteur public, CI)

C'est aussi ce que révèle ce praticien, avec sa conception du partenariat réussi :

« un bon lien avec un partenaire bien je dirais [que] c'est un bon lien point. Tu sais //dans le fond tout partenaire pour moi est un humain. Parce que tu n'es pas en lien avec une ressource, tu es en lien avec les intervenants de la ressource. // Tu sais donc une relation égalitaire, une relation respectueuse, mutuelle : un coup je t'aide, un coup tu m'aides. » (personne du secteur public, AMN)

Le maintien de ces relations de partenariat privilégié est crucial. **Il dépend non seulement des personnes en présence et de la norme de réciprocité dans l'aide, mais également d'une recherche d'égalité et de respect.** Il faut aussi faire attention à ces liens :

« [si tu penses qu'une référence d'une personne] ne va pas marcher avec un partenaire, tu ne mets pas trop de pression sur le partenaire de prendre la personne ou de l'accepter. Parce que tu ne veux pas brûler le pont, perdre l'opportunité dans le futur pour les autres clients. » (personne du secteur public, CI)

Toutefois, le roulement élevé de personnel, tant dans le secteur public que communautaire, fait en sorte que ces liens privilégiés sont fragiles. Cela peut laisser l'impression d'avoir à toujours recréer des liens ou à réexpliquer le mandat ou le rôle des équipes SIV.

De plus, cela dévoile que ces liens interorganisationnels et intersectoriels sont souvent différenciés. Ces réseaux en action sont stratifiés selon le statut des actrices et des acteurs. Certain.e.s praticien.ne.s sont alors plus centrales ou centraux et d'autres, plus périphériques. Les praticien.ne.s offrant des services plus rares ou souhaités comme les psychiatres, des médecins omnipraticiens ou encore les propriétaires de logements prennent une importance centrale. Tout comme les praticien.ne.s avec qui la relation se déroule bien. Mais les impacts de cette hiérarchie de contacts ne sont pas clairs. D'un côté, les partenaires importants

ou privilégiés permettent souvent de faciliter le travail et d'aider les personnes usagères. De l'autre, ils peuvent aussi indiquer l'existence de cliques dont l'accès peut être plus ou moins facile pour celles et ceux qui arrivent.

4.3 L'« égalité » entre les partenaires : un travail toujours à recommencer

L'aide des équipes SIV se déroule dans des conditions organisationnelles et structurelles marquées par des inégalités variées. Par exemple, la hiérarchie médicale, les inégalités de ressources et d'expertise entre les secteurs communautaires et publics et en leur sein, les rapports de compétition entre certaines organisations communautaires, etc. Cette situation d'inégalités est reconnue par beaucoup de praticien.ne.s. D'où leur insistance sur la nature collégiale, respectueuse et égalitaire des relations à mettre en place et à maintenir.

En plus, **au lieu d'imposer des décisions, des actions ou des idées, ces praticien.ne.s paraissent favoriser le questionnement et demander des avis pour susciter une discussion ouverte.** Cela tend à égaliser les statuts et les rôles dans les liens. Mais avec le roulement de personnel et le temps qui se fait rare, ce n'est pas toujours facile. Et ce ne sont pas tous les intervenant.e.s qui souhaitent de tels dialogues, surtout celles et ceux qui adoptent une perspective de rigidité et de fermeture.

4.4 La convergence ou la divergence des perspectives et leurs impacts dans le tissage des liens

Des praticien.ne.s interviewé.e.s insistent surtout sur la convergence des perspectives comme élément facilitant le tissage des liens : « on voit l'intervention de la même façon », « on a les mêmes approches ou les mêmes valeurs ». Les perspectives précédentes (surtout l'ouverture et l'engagement, le contournement, le réseautage, le professionnalisme et l'inévitabilité) permettent ainsi de mieux saisir la dynamique de liens qui se déroulent bien. Ces derniers peuvent dépendre d'une convergence de perspectives (l'adoption de la même perspective) ou encore d'une congruence de perspectives (des perspectives qui s'adaptent ou ne sont pas trop « éloignées » les unes des autres comme l'ouverture et l'engagement ainsi que le réseautage). Les discussions apparaissent alors comme un « outil » essentiel au tissage des liens et à l'intervention. Loin d'être un gaspillage de temps, elles permettent de repérer les perspectives d'autrui et de s'y ajuster.

Les divergences de perspectives sont aussi reconnues et elles ne sont pas nécessairement néfastes. Comme l'indique cette praticienne :

« On a des visions différentes, on a des métiers différents. Donc c'est sûr et certain qu'il va y avoir des dissonances, qu'il va y avoir des différences de compréhension, d'approche. Ça va d'être capable justement de se compléter au niveau de nos approches. //

[et] C'est ça [d'] avoir un objectif commun. » (personne du secteur public, BCSTL)

Par contre, la perspective de rigidité et de fermeture constitue un obstacle important au tissage des liens et marque les relations difficiles. Ces dernières peuvent être dues à des incompréhensions ponctuelles, des incompatibilités de valeurs ou d'objectifs qui se développent dans le temps ou encore à des divergences radicales et inconciliables de perspectives. Par exemple, la présence d'une personne adoptant l'ouverture et l'engagement alors que l'autre emploie plutôt la fermeture et la rigidité peut susciter un sentiment d'incompréhension, une méfiance et une irritation qui risque de faire avorter la relation. Les liens difficiles peuvent parfois être « réparés » par des discussions, de la persuasion et de l'explication, mais ce n'est pas toujours possible. Des liens doivent parfois être arrêtés. Ce qui peut compliquer les interventions subséquentes si l'on a besoin des services du partenaire en question. Par ailleurs, on ne choisit pas toujours les partenaires avec qui on doit faire affaire.

4.5 L'impact des réformes sur le tissage de liens

Les réformes constituent une condition structurelle généralement subie par les praticien.ne.s, tant du secteur public que communautaire. Elles peuvent affecter de différentes façons le tissage des liens. Les réformes, comme celle dite de Barrette qui a mis en place les CIUSSS et les CISSS²⁸, sont parfois présentées comme un changement qui va faciliter la communication entre les différentes composantes organisationnelles qui ont été fusionnées ou « intégrées ». À ce titre, elles auraient le potentiel d'encourager le tissage de liens et les échanges d'information, mais elles sont aussi souvent associées au déplacement des employés, à la disparition des liens, à l'instauration d'un climat de méfiance (tant au sein du secteur public qu'entre le secteur public et communautaire), aux craintes quant à l'autonomie des organisations communautaires ou même quant à l'effacement du caractère communautaire de certaines composantes publiques comme les CLSC ou les équipes SIV. À ce titre, **elles complexifient le travail relationnel nécessaire à ces liens**. En guise d'illustration, cette praticienne signale le travail qu'il a fallu faire pour recréer un rapport de confiance avec certaines organisations communautaires et publiques lors de la mise en place de son équipe SIV :

« Il a fallu recréer le lien de confiance, les rappeler, aller les rencontrer. On a revu chacune des équipes des ressources communautaires dans le quartier, des autres partenaires aussi du réseau de la santé pour leur re-présenter [qui on était]. Puis dire : "On est là pour rester. On va espérer qu'on puisse recréer des liens puis retravailler ensemble là." // [Il] fallait leur démontrer qu'on était pour être là. Puis c'est par notre assiduité, par notre présence, d'être rigoureux. De se déplacer. On se déplaçait beaucoup. Ce n'est pas juste de

les appeler. C'est d'aller les voir de se présenter, de présenter les membres de l'équipe. Parce qu'un coup que tu mets un visage sur le nom, ça devient plus facile [les liens]. » (personne du secteur public, CI)

Ce climat de méfiance s'explique surtout par la disparition brutale d'une équipe similaire aux équipes SIV suite à la réforme dite Couillard (soit celle qui a mis en place les Centres de santé et de services sociaux ou CSSS, les structures qui précèdent les CIUSSS et les CISSS). C'est grâce à l'adoption d'une perspective de réseautage, à la mise en place de visites, à la discussion, la persuasion et à une présence rassurante et régulière que des rapports de confiance ont pu être rétablis.

5.0 En bref

(1) Les réseaux qui se produisent pendant l'intervention nécessitent un travail et constituent une responsabilité partagée

En santé mentale, l'action en réseau ou le partenariat ne va pas toujours de soi et ne se réalise pas que dans les tables et comités de concertation. Elle a une réalité complexe et se produit aussi pendant les activités quotidiennes d'intervention et les interactions qui y ont cours. Des partenariats interorganisationnels et intersectoriels impliquent la participation des intervenant.e.s SIV (suivi d'intensité variable), leurs partenaires publics et communautaires ou privés ainsi que des personnes usagères. Ces actrices et acteurs réalisent un travail relationnel important pour mettre en place et maintenir ces réseaux. Cela signifie qu'il y a au moins trois parties à considérer dans le travail ou la coordination en réseau. Cette coordination peut alors difficilement constituer la responsabilité d'une seule partie prenante.

(2) Les réseaux en action ont une forme variée

Il n'y a pas qu'une seule façon ou un processus unique pour faire du partenariat ou se coordonner dans l'intervention SIV. Les perspectives mentionnées (l'ouverture et l'engagement, le contournement, le réseautage, le professionnalisme, l'inévitabilité et la fermeture ou la rigidité) reflètent différentes façons de s'organiser et de se coordonner, ou non, pour réaliser ses tâches. Elles peuvent servir de grille d'analyse pour mieux comprendre et agir dans des situations de partenariat rencontrées au quotidien.

(3) La coordination en réseau n'est pas qu'un simple arrimage, c'est un tissage créatif

La coordination n'est rarement qu'un simple arrimage entre les besoins des personnes usagères et des services offerts par des partenaires. Elle se produit dans des conditions organisationnelles et structurelles qui font en sorte que les services nécessaires ne sont pas toujours accessibles ou disponibles, que les personnes usagères les jugent peu adaptés à leurs besoins ou encore qui entraînent un alourdissement de l'état de ces personnes (avec les difficultés d'accès aux services dus aux stéréotypes, la rareté des logements abordables et salubres, etc.). Cela représente autant de défis pour les intervenant.e.s SIV et leurs partenaires. Cette coordination dépend de la créativité de ces praticien.ne.s. Elle repose sur un travail relationnel où les liens sont mis en place, entretenus, réparés ou arrêtés. Ce filet ou ce réseau de contacts facilite cette coordination, renforce la qualité des interventions et constitue souvent une source d'apprentissage non négligeable. Les discussions entre les praticien.ne.s de différentes organisations et de différents secteurs d'activités sont loin d'être des pertes de temps !

Références et notes

1. Lamoureux, J. (1994). *Le partenariat à l'épreuve*. Montréal : Éditions St-Martin.
2. Hannigan, B. et Coffey, M. (2011). Where the Wicked Problems Are: The Case of Mental Health. *Health Policy*, 101(3), 220-227.
3. Carrière, M. (2001). Le partenariat dans le champ des troubles mentaux dix ans après la politique de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 26(1), 216-241.
4. Rodriguez del Barrio, L. (2005). Jongler avec le chaos. Effets de l'hégémonie des pratiques biomédicales en psychiatrie du point de vue des usagers. *Cahiers de recherche sociologique*, (41-42), 237-255.
5. Lamoureux, J. (1994). *Le partenariat à l'épreuve*. Montréal : Éditions St-Martin.

White, D., Jobin L., Mccann, D. et Morin, P. (2002). *Pour sortir des sentiers battus : l'action intersectorielle dans le domaine de la santé mentale*. Québec : Publications du Québec.

White, D., Mercier, C., Dorvil, H. et Juteau, L. (1992). Les pratiques de concertation en santé mentale : trois modèles. *Nouvelles pratiques sociales*, 51(1), 77-93.

6. White, D., Jobin L., Mccann, D. et Morin, P. (2002). *Pour sortir des sentiers battus : l'action intersectorielle dans le domaine de la santé mentale*. Québec : Publications du Québec.
7. Rodriguez del Barrio, L. (2005). Jongler avec le chaos. Effets de l'hégémonie des pratiques biomédicales en psychiatrie du point de vue des usagers. *Cahiers de recherche sociologique*, (41-42), 237-255.
8. Bryson, J., Crosby, B.C. et Middleton Stone, M. (2015). Designing and Implementing Cross-Sector Collaborations: Needed and Challenging. *Public Administration Review*, 75(5), 647-663.

Bryson, J., Crosby, B.C. et Middleton Stone, M. (2006). The Design and Implementation of Cross-Sector Collaborations: Propositions from the Literature. *Public Administration Review*, 66(Special issue), 44-55.

Popp, J.K., Milward, H.B., MacKean, G., Casebeer, A. et Lindstrom, R. (2014). *Inter-Organizational Networks : A Review of the Literature to Inform Practice*. Washington : IBM Center for the Business of Government.

9. Ibid.
10. Rittel, H. et Webber, M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4(2), 155-169.
11. Farinas, L. (2020) *Les relations interorganisationnelles dans l'intervention en santé mentale : une pratique négligée ?*, Rapport de recherche. Document inédit. https://www.researchgate.net/publication/340236535_Les_relations_interorganisationnelles_dans_l'intervention_en_sante_mentale_une_pratique_negligee.
12. White, D., Mercier, C., Dorvil, H. et Juteau, L. (1992). Les pratiques de concertation en santé mentale : trois modèles. *Nouvelles pratiques sociales*, 51(1), 77-93.

Poirier, M., Larose, S., Ste-Marie, F., Rosenberg, L., et Ritzhaupt, B. (1999). Splendeurs et misères de la concertation locale en santé mentale : Un regard du terrain. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 18(2), 113-129.

White, D., Jobin L., Mccann, D. et Morin, P. (2002). *Pour sortir des sentiers battus : l'action intersectorielle dans le domaine de la santé mentale*. Québec : Publications du Québec.

Demers, L., Dupuis, A. et Poirier, M. (2002). L'intégration des services passe-t-elle par des fusions d'établissements ? *Santé mentale au Québec*, 27(2), 74-92.
13. Fleury, M.-J. (2002). Émergence des réseaux intégrés de services comme modèle d'organisation et de transformation du système sociosanitaire. *Santé mentale au Québec*, 27 (2), 7-15.
14. Fleury, M-J, Grenier, G., Vallée, C., Aubé, D. et Farand, L. (2017) Implementation of Integrated Service Networks under the Quebec Mental Health Reform: Facilitators and Barriers associated with Different Territorial Profiles. *International Journal of Integrated Care*, 17(1): 3, 1-19.
15. Ibid.
16. Demers, L., Dupuis, A. & Poirier, M. (2002). L'intégration des services passe t elle par des fusions d'établissements ? *Santé mentale au Québec*, 27(2),74-92.
17. Ces personnes participent aussi au tissage des liens interorganisationnels et intersectoriels en fournissant des évaluations sur leurs différent.e.s intervenant.e.s, en repérant les organisations existantes et en en faisant part

- à leurs intervenant.e.s, en servant de relais entre deux intervenant.e.s, etc. Cette participation est détaillée dans Farinas (2020). Il en va de même des considérations méthodologiques et théoriques fondant cette recherche.
18. Strauss, A. (1993). *Continual permutations of action*. New York : Aldine de Gruyter.
- Farinas, L. (2020) Les relations interorganisationnelles dans l'intervention en santé mentale : une pratique négligée ?, Rapport de recherche. Document inédit. https://www.researchgate.net/publication/340236535_Les_relations_interorganisationnelles_dans_l'intervention_en_sante_mentale_une_pratique_negligee.
19. Cette description des conditions organisationnelles et structurelles de l'aide des trois équipes SIV insiste sur les points communs entre les 3 territoires du CIUSSS NIM. Les particularités territoriales sont discutées dans Farinas (2020).
20. Farinas, L. (2020) *Les relations interorganisationnelles dans l'intervention en santé mentale : une pratique négligée ?*, Rapport de recherche. Document inédit. https://www.researchgate.net/publication/340236535_Les_relations_interorganisationnelles_dans_l'intervention_en_sante_mentale_une_pratique_negligee.
21. Le terme de partenaire paraît surtout décrire des relations qui se déroulent bien. Il s'apparente alors surtout à ceux d'alliés et de collègues. Ce n'est pas qu'un discours creux ou en vogue, il peut aussi désigner une pratique et un discours « ordinaire » associés à la réalisation des activités quotidiennes. Voir Farinas (2020) pour plus d'informations à ce sujet.
22. Par perspectives, on entend le positionnement des praticien.ne.s face à leur marge de manœuvre, à leurs tâches, aux arrangements ou ententes établies et à mettre en place ainsi qu'aux conditions structurelles et organisationnelles dans lesquelles ils sont plongés (Strauss, 1993 ; voir Farinas, 2020).
23. Farinas (2020).
24. Ces 6 perspectives sont plus détaillées dans Farinas (2020).
25. Les termes posture et perspective sont considérés comme des synonymes.
26. Ce code réfère au territoire de Bordeaux-Cartierville St-Laurent (BCSTL), CI à Cœur-de-l'Île et AMN à Ahuntsic-Montréal-Nord.
27. Farinas (2020).