

# Le Comité détresse psychologique et santé mentale de Rosemont : Origines, développement et perspectives d'avenir d'une communauté de pratique

Deena White,  
Diahara Traoré,  
et les membres du Comité de détresse psychologique  
et santé mentale de Rosemont

Mars 2017



**ARIMA**  
Quand la recherche et la pratique font connaissance

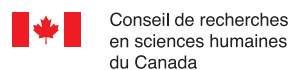
## CENTRE DE RECHERCHE ET DE PARTAGE DES SAVOIRS INTERACTIONS DU CIUSSS DU NORD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL

Le Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal est un centre soutenu par le Fonds de recherche du Québec — Société et culture (FRQ-SC : 2015 — SI-182311). Depuis 2001, il est désigné Centre affilié universitaire (CAU) par le Ministère de la Santé et des Services sociaux. La programmation de recherche porte sur les services sociaux et de première ligne abordés sous l'angle de l'articulation des réseaux familiaux, communautaires et publics face aux problèmes complexes. Le centre intègre une vingtaine de chercheurs universitaires multidisciplinaires, et d'universités diverses. Outre la recherche sociale, le centre réalise et soutient des activités d'évaluation de programmes. Il accompagne les praticiens et gestionnaires du CIUSSS dans le développement des pratiques de pointe. Enfin, il réalise des activités de mobilisation des connaissances et facilite l'appropriation de nouvelles connaissances issues de la recherche.



## PARTENARIAT DE RECHERCHE ARIMA

Le partenariat de recherche ARIMA est financé depuis 2012 par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada dans le cadre du programme « Subvention de partenariat » (CRSHC : 895-2011-1008). Il réunit des chercheurs universitaires de diverses disciplines et des partenaires d'organismes communautaires et d'établissements publics (CISSS et CIUSSS) qui offrent des services sociaux à la population. La thématique de recherche porte sur l'articulation des réseaux face aux problèmes complexes vécus par les familles, les individus et les communautés. La programmation de recherche vise à contribuer à l'avancement des savoirs et de la pratique sur les réseaux d'intervention sociale. L'originalité d'ARIMA repose sur une démarche de coconstruction des projets de recherche, permettant d'aborder des thématiques identifiées par les milieux, d'où la maxime, « quand la recherche et la pratique font connaissance ». ARIMA se distingue également par son engagement envers les étudiants en soutenant leur formation à la recherche et le renforcement de leurs capacités, et par la place importante accordée aux activités et aux publications de vulgarisation des connaissances issues de la recherche.



# Table des matières

Introduction .....	4
I. Origines, émergence du Comité détresse psychologique et santé mentale de Rosemont.....	7
1.1 De la désinstitutionnalisation à la mobilisation communautaire : le contexte des années 1980 et 1990 .....	7
1.2 Besoins pressants à Rosemont : naissance d'un comité de suivi.....	9
II. Lancement et évolution du Comité détresse psychologique et santé mentale de Rosemont.....	11
2.1 Mise en application de pistes d'action définies par le comité de suivi .....	11
Encadré 1 : Protocole de collaboration entre CLSC-CHSLD de Rosemont et organismes communautaires .....	12
2.2 Création d'un « sous-comité HLM » .....	13
2.3 Une période de restructurations institutionnelles .....	15
Encadré 2 : Évolution de la composition du membership du CDPSMR.....	16
III. Consolidation du CDPSMR : ses stratégies diversifiées et ses forces	
3.1 Stratégie I: Se donner des orientations et reformuler les objectifs .....	17
Encadré 3 : Les objectifs du CDPSMR qui ressortent du travail du sous-comité sur les orientations et objectifs .....	18
3.2 Stratégie II : Documenter et formaliser les études de cas .....	19
Encadré 4 : Trame d'une discussion de cas.....	20
3.3 Stratégie III : Accroître les connaissances formelles des intervenants.....	21
Encadré 5 : Projets et réalisations du CDPSMR depuis sa création.....	20
3.4 La consolidation du CDPSMR comme levier d'action.....	23
3.5 Le comité comme lieu de soutien clinique et affectif.....	23
IV. Une communauté de pratique en définition d'elle-même .....	25
4.1 L'identité du CDPSMR : communauté de pratique ou comité d'action ?.....	25
4.2 Participation individuelle ou participation organisationnelle ?.....	26
4.3 Expansion et dynamique de groupe au sein du CDPSMR .....	27
4.4 Diversité des membres et asymétries .....	28
4.5 Coordination du CDPSMR : des incertitudes tacites?.....	29
4.6 Comité et son territoire : demeurer local ou s'ouvrir à d'autres quartiers? .....	31
Conclusion.....	32
Références .....	33

## Introduction

Cette monographie retrace l'histoire et les enjeux du Comité détresse psychologique et santé mentale de Rosemont (CDPSMR), une communauté de pratique ayant émergé en 1998 dans la foulée d'une démarche de Priorités de quartier (Forum social) organisée par la corporation de développement communautaire (CDC) de Rosemont. Le CDPSMR rassemble des intervenants communautaires, non-spécialistes, provenant d'organisations et de secteurs différents de la société, avec comme objectif de trouver des moyens pour mieux soutenir les personnes atteintes de problèmes de détresse psychologique et de santé mentale (diagnostiqués ou non) vivant dans la communauté. Contrairement à la plupart des communautés de pratique où la formation et la profession sont déterminantes, le Comité constitue une communauté de pratique se fondant sur deux caractéristiques importantes : une expérience commune de pratique fondée sur les relations directes de ses membres avec les personnes éprouvant des difficultés dans leur milieu de vie (savoirs expérientiels), et le manque de formation ou de connaissances spécialisées de certains membres du Comité à l'égard des problèmes de santé mentale vécus par ces personnes.

Plus spécifiquement, les intervenants membres du CDPSMR observent de plus en plus de problèmes liés à la convergence de populations marginales ou précaires dans les mêmes espaces sociaux. Malgré la fragilisation croissante des personnes ayant des problèmes psychologiques ou psychiatriques, vieillissantes et qui vivent seules, elles ne bénéficient pas ou plus d'un suivi en santé mentale. De nouveaux enjeux apparaissent, qui posent problème pour ces personnes ainsi que pour celles qui partagent leur milieu de vie, en particulier leurs proches aidants. Au vu d'une telle complexité, les solutions dans la communauté et au niveau des organismes communautaires ne sont pas toujours évidentes à trouver et les bonnes portes institutionnelles, donnant accès aux expertises et aux interventions pertinentes, ne sont pas toujours faciles à identifier.

Dans une telle conjoncture, les séances du CDPSMR prennent souvent la forme d'études de cas, à travers lesquelles les participants tentent de développer des solutions pour les personnes concernées. Ils partagent leurs connaissances, perceptions et intuitions sur les pistes éventuelles à suivre mais aussi, sur les freins, obstacles et embûches rencontrés lorsqu'on tente de concevoir et de mettre en œuvre des solutions efficaces et durables, tenant compte de la complexité et de la globalité des conditions de vie des personnes auprès desquelles ils sont appelés à intervenir. Parfois, ils invitent des personnes ressources pouvant échanger avec eux sur certains types de problèmes vécus par leur clientèle. Or, les échanges au sein du CDPSMR ont déjà favorisé de l'innovation, notamment le développement d'initiatives en HLM visant à diminuer des problèmes qui émergent dans ce milieu de vie (Centre de formation populaire et CSSS Lucille Teasdale, 2011). Par contre, après plus de 14 ans d'expérimentation, les membres du CDPSMR souhaitent

accroître la profondeur et l'efficacité de leurs interventions communautaires et mieux en appréhender et maîtriser les leviers d'action dans une perspective intersectorielle.

Dans cette optique, le CDPSMR a décidé de s'impliquer dans un projet d'accompagnement avec des chercheurs d'ARIMA, un partenariat de recherche portant sur les réseaux sociosanitaires. Le projet vise à favoriser le développement de pistes pour faire émerger des réseaux plus aidants pour les clients des organismes et individus membres du CDPSMR et pour les membres eux-mêmes. Ultimement, il cherche à changer les pratiques des divers joueurs et à rendre les intervenants communautaires plus influents à l'égard des décideurs qui, par leurs politiques, structurent l'accès aux services pertinents et à d'autres solutions innovantes pour les personnes vivant des problèmes de détresse psychologique et de santé mentale dans le milieu communautaire.

La présente monographie constitue un premier élément du projet. Elle a pour but de retracer les racines et l'évolution du CDPSMR depuis sa création jusqu'à aujourd'hui; d'explorer l'orientation et les enjeux de son fonctionnement; et de faciliter la réflexion sur les limites et les leviers de sa capacité transformationnelle, c'est-à-dire, sur des stratégies réalistes que les membres pourraient développer afin de se donner des réseaux plus puissants et ainsi, d'améliorer l'efficacité du soutien apporté à leur clientèle.

Les autres éléments du projet comportent des études de cas visant à faire ressortir les sources d'obstacles et de freins à l'apport de l'aide pertinente auprès des clients, et des analyses collectives permettant à faire avancer la réflexion à la lumière des informations recueillies.

Cette monographie se base sur des données recueillies à partir des archives du CDPSMR, tenus par la coordination, ainsi que sur six entretiens individuels avec d'anciens membres du Comité (deux personnes) et des membres actuels (quatre personnes). Bien que les perceptions du parcours et du fonctionnement du CDPSMR peuvent s'avérer assez différentes selon les perspectives des personnes interviewées, nous avons mis fin à la conduite d'entretiens lorsqu'ils ont cessé de nous apporter de nouvelles informations pertinentes. Toutes les données recueillies ont été analysées en fonction des thématiques suivantes : le contexte de démarrage du comité, son évolution, les modalités participation au sein du comité, les relations entre ses membres, et les dynamiques mobilisatrices ainsi que les tensions et défis auxquels fait face le comité.

Cette monographie comprend trois chapitres. Le premier se penche sur le contexte d'émergence du CDPSMR, sur sa création, ainsi que ses premiers développements. Le deuxième explore le processus de consolidation du CDPSMR en tant que communauté de pratique, ainsi que certaines des stratégies mises en œuvre par ce dernier pour se développer. Le troisième chapitre fait état des stratégies de consolidation que le CDPSM a mises en place ainsi que les forces et les leviers d'action qui en ont émergé. Finalement, la

conclusion de la monographie effectue un examen des questionnements présents ainsi que les perspectives émergentes pour l'avenir du CDPSMR, et ses potentielles pistes de développement.

## I. Origines, émergence du Comité détresse psychologique et santé mentale de Rosemont

Le CDPSMR a émergé dans un contexte spécifique vers la fin des années 1980. Nous décrivons brièvement ce contexte afin de pouvoir mieux comprendre les objectifs à l'origine du comité, et d'interpréter l'évolution du comité depuis sa création ainsi que depuis et d'explorer sa pertinence actuelle.

### 1.1 De la désinstitutionnalisation à la mobilisation communautaire : le contexte des années 1980 et 1990

Les années 1980 sont caractérisées par des changements économiques, sociaux et politiques importants qui ont eu un impact considérable dans le domaine de la santé mentale. D'abord, l'amorce d'une politique de non-institutionnalisation, voire de désinstitutionnalisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques dans les années 1970, place les hôpitaux dans une situation délicate. Ceux-ci connaissent désormais des difficultés de gestion de « la porte tournante » par laquelle passaient des patients psychiatriques jugés désormais non admissibles aux soins de longue durée dans les hôpitaux psychiatriques. La majorité de ces derniers<sup>2</sup> font par ailleurs peu d'efforts pour développer des ressources intermédiaires dans la communauté, tels que des familles d'accueil, des foyers et des appartements supervisés. En effet, le gros des budgets demeure dans les institutions, malgré la diminution de la population asilaire. Les CLSC, pour leur part, n'ont quant à eux jamais obtenu de ressources suffisantes pour suivre ces personnes dans la communauté.

Or, cette décennie a débuté par une récession profonde et l'imposition de compressions budgétaires majeures partout dans le système de santé et des services sociaux au Québec. Dans de telles conditions socioéconomiques, les problèmes psychologiques transitoires, de décompensation, d'impuissance et d'épuisement familial et d'itinérance augmentent. De nouveaux organismes communautaires émergent afin de mieux venir en aide à la population souffrant de détresse psychologique et de problèmes de santé mentale face à un système perçu comme de plus en plus inadéquat.

En effet, les failles du système sont également détectées par la Commission d'enquête sur les services de santé et des services sociaux (la Commission Rochon) qui publie son rapport en 1987. C'est ainsi qu'en 1989 est enfin adoptée la première politique de santé mentale

---

<sup>2</sup> L'hôpital Douglas, spécialisé en soins psychiatriques, est une exception – il avance sur ce plan depuis les années 1950 et est reconnu pour cela à travers l'Amérique du Nord.

au Québec. Celle-ci mise surtout sur des plans régionaux d'organisation des services, comprenant une gamme de services intersectoriels qui seront offerts par les hôpitaux et les CLSC, les services de police, services municipales, services scolaires et les organismes communautaires afin de faciliter la désinstitutionalisation.

Durant cette période, le quartier de Rosemont est quasiment un « désert » en matière de ressources en santé mentale. Avec la très grande majorité des ressources psychiatriques dans la région engagées dans l'hôpital Louis-H. Lafontaine situé juste à l'est de Rosemont, ainsi que dans les organismes intermédiaires qui l'entourent, la population de Rosemont ne dispose en proximité que d'un CLSC ayant un mandat en santé mentale mais aucune ressources spécialisées et l'hôpital Maisonneuve-Rosemont qui, depuis 1986, disposait de quelques lits en psychiatrie lui permettant d'alléger la pression sur l'urgence (Goulet 2004). Par ailleurs, il n'existe aucun organisme communautaire spécialisé en intervention auprès des personnes atteintes de problèmes de santé mentale et vivant dans le milieu. L'adoption de la Politique de santé mentale en 1989 n'a pas eu d'effet sensible sur le développement de ressources dans ce quartier, faute entre autres de leadership local dans le domaine.

Toutefois, à partir des années 1990, des intervenants de la communauté locale (œuvrant dans des groupes communautaires non-spécialisés en santé mentale, CLSC, services policiers, Office municipal d'habitation, etc.) sont fortement confrontés aux effets du processus de désinstitutionalisation. En effet, ceux-ci constatent que leurs activités régulières sont fréquentées par un nombre croissant d'individus aux prises avec des problèmes complexes découlant des troubles de détresse psychologique, de problèmes de santé mentale transitoires et de troubles psychiatriques. Au cours des années 1990, la mobilisation des ressources autour de ces individus fait désormais face à une multitude d'obstacles. En effet, comme tous les problèmes complexes, ceux associés à la santé mentale sont peu ou pas compris et sujets à des interprétations concurrentes. Ils possèdent des déterminants multiples et interdépendants. De plus, chaque cas est singulier et ainsi, l'apprentissage n'aide pas forcément à faire émerger des réponses généralisables. Enfin, ces problèmes évoluent dans la longue durée et n'ont pas de remède définitif. Pour toutes ces raisons, la mobilisation de ressources communautaires afin de gérer ces problèmes récurrents dans le milieu de vie des personnes fait face à une multitude d'embûches et les solutions temporaires que les intervenants peuvent parfois bricoler sont instables et insatisfaisantes.

Dès lors, il apparaît de plus en plus pressant pour les intervenants de la communauté de Rosemont de développer collectivement un modèle de collaboration souple afin de d'identifier des moyens pour mieux soutenir les personnes atteintes de problèmes de détresse psychologique et de santé mentale vivant dans la communauté, d'une part; et, d'autre part, de développer des solutions pour aider les groupes communautaires qui



avaient à composer avec un nombre grandissant de personnes vivant cette détresse ainsi qu'avec leur entourage.

## 1.2 Besoins pressants à Rosemont : naissance d'un comité de suivi

Le contexte des années 1980 et 1990 dans le domaine de la santé mentale à Rosemont va favoriser certains questionnements au sein de la communauté. Enfin, au cours de l'année 1997 et 1998, la Corporation de développement communautaire (CDC) de Rosemont met en œuvre un Forum social, une démarche d'identification et de réalisation de priorités de quartier qui rassemble des citoyens et des intervenants de Rosemont, et ce, afin d'améliorer la qualité et les conditions de vie des résidents du quartier en posant différents gestes. Suite à cet exercice, différentes priorités sont adoptées collectivement et parmi elles, la problématique de la détresse psychologique et de la santé mentale dans le quartier s'impose. Les constats sont à l'effet que la détresse psychologique est de plus en plus présente dans la population; qu'elle est à l'origine de plusieurs besoins non comblés dans le quartier, provoquant de l'anxiété parmi les intervenants; que les intervenants dans le milieu communautaire (organismes et CLSC) ont besoin de soutien pour mieux dépister et intervenir en cette matière; et qu'il existe des ressources spécialisées en santé mentale qui desservent le territoire, mais que celles-ci sont peu connues des intervenants communautaires.

Pendant ces délibérations dans la communauté locale, le CLSC est mis de l'avant comme ayant un rôle crucial dans le domaine de l'action. En effet, malgré le manque de ressources en santé mentale, celui-ci a un mandat de prévention, de promotion, d'accueil, d'évaluation, d'intervention et de référence en santé mentale. Il est également appelé à œuvrer en complémentarité avec les ressources hospitalières spécialisées en psychiatrie et les groupes du milieu. C'est aussi le CLSC qui doit établir des mécanismes de collaboration pour l'accessibilité, la continuité et le soutien des personnes.

Pendant les délibérations lors du Forum social de Rosemont, la directrice du CLSC s'engage à convoquer un comité de suivi de quelques organismes intéressés afin de trouver des solutions face aux problèmes de détresse psychologique et de la santé mentale dans le quartier. Cet embryon de ce qui deviendra le Comité de détresse psychologique et de santé mentale de Rosemont réunit des représentants du CLSC Rosemont ainsi que de certains groupes communautaires locaux (Carrefour communautaire de Rosemont, L'Entre-Gens, Carrefour des Femmes de Rosemont, et Moulin à musique). Tous les membres du comité de suivi conviennent que la directrice générale du CLSC elle-même devrait assumer le rôle de coordonnatrice, signalant ainsi la priorité élevée accordée à la problématique et l'engagement du CLSC à son égard.

Il est à noter qu'aucun des groupes membres du comité de suivi ne possède d'expertise en santé mentale spécifiquement. L'idée de créer un organisme spécialisé est examinée puis

rejetée par le comité : un tel organisme serait assurément débordé à court terme et ne pourrait donc pas résoudre le problème dans toute sa complexité. Les solutions se trouvent plutôt, selon les membres du comité, dans la collaboration. Au gré des rencontres, le comité de suivi établit différents mandats à court terme et à moyen terme. Les documents font état de trois mandats prioritaires, dits à court terme<sup>3</sup> :

- Améliorer la référence entre le service d'accueil social du CLSC et les groupes communautaires;
- Apporter un soutien aux intervenants du milieu;
- Faire connaître aux intervenants les ressources locales et régionales existantes en santé mentale.

En outre, les membres du comité de suivi se donnent collectivement trois autres objectifs à moyen terme:

- Tracer un portrait de la détresse psychologique afin de préciser la nature des besoins;
- Susciter la participation et la concertation des différents acteurs reliés à la problématique de la santé mentale;
- Intégrer la préoccupation de la pauvreté dans le cadre des réflexions.

Armé de ces six objectifs, le comité de suivi élabore d'ailleurs différentes pistes d'actions à réaliser dans les mois subséquents, comme par exemple, le développement d'un cadre de référence sur les modalités de collaboration interorganisationnelle; des échanges avec d'autres groupes du milieu sur les besoins de la population en matière de prévention de la détresse psychologique; la création des liens avec les différents réseaux impliqués en santé mentale; et l'identification d'actions simples et innovatrices susceptibles de susciter des réflexions propices au maintien d'un équilibre psychique, prioritairement chez les participants aux groupes et dans la population en général.

De tout évidence, le comité de suivi vise une transformation des conditions d'intervention en santé mentale dans le quartier de Rosemont, non pas en comptant sur l'investissement de ressources financières, mais plutôt en misant sur le développement des compétences, des capacités, des collaborations, et des nouvelles façons d'agir collectivement. Le comité de suivi se dissoudra et le Comité de détresse psychologique et de santé mentale de Rosemont (CDPSMR) débutera officiellement ses activités en 1999.

---

<sup>3</sup> Effectivement, l'accent est mis sur l'atteinte de ces objectifs prioritaires dès le lancement du CDPSMR, qui sera officiellement lancé un an plus tard.

## II. Lancement et évolution du Comité détresse psychologique et santé mentale de Rosemont

En 1999, le CDPSMR se lance avec le recrutement de nouveaux participants. Les membres sont d'abord des intervenants qui proviennent d'organismes ayant des missions très diversifiées (voir Encadré 2) et qui ont en commun de se trouver, dans leur travail, à intervenir auprès des personnes éprouvant des problèmes de détresse psychologique et de santé mentale. Par ailleurs, des acteurs locaux institutionnels se greffent au comité, tels des services policiers et de l'Office d'habitation. Un fait marquant est l'adhésion en plus de représentants de deux ressources spécialisées en santé mentale situées à l'extérieur du quartier, soient du Centre de crise L'Entremise et de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Leur participation vise combler le manque de services locaux ayant de l'expertise dans le domaine et à assurer le développement de la reconnaissance mutuelle et des relations collaboratrices.

Le CDPSMR devient ainsi foncièrement intersectoriel dans le sens de joindre des acteurs des secteurs public et communautaire ainsi que des acteurs de plusieurs domaines d'intervention et d'action locales. Tout en demeurant entièrement préoccupé par les besoins locaux, il s'élargit dans le but de se doter des connaissances dont les membres ont besoin.

### 2.1 Mise en application de pistes d'action définies par le comité de suivi

Toujours sous la coordination de la directrice générale du CLSC Rosemont, le nouveau CDPSMR procède alors à la mise en application graduelle des pistes d'action identifiées par le comité de suivi :

- Améliorer la référence entre le service d'accueil social du CLSC et les groupes communautaires

Sur l'initiative du CDPSMR, un protocole d'entente est mis sur pieds entre le CLSC et les organismes communautaires afin d'améliorer la référence et l'accès aux services psychosociaux de l'organisation publique. À cet effet, le document relatif aux modalités de collaboration entre le CLSC-CHSLD de Rosemont et les organismes communautaires du quartier Rosemont (2002) stipule pour la première fois des modalités de référence (Encadré 1).

- Faire connaître aux intervenants les ressources locales et régionales existantes en santé mentale

### Encadré 1

## Protocole de collaboration entre CLSC-CHSLD de Rosemont et organismes communautaires

#### *Personnes non connues des intervenants du CLSC :*

- Se présentent sans rendez-vous durant les heures d'ouverture du CLSC (...)
- Si l'intervenante du groupe communautaire désire planifier la référence, il contacte xxxx au 524-3544, poste 1304 ou l'intervenante de garde lorsque xxxx n'est pas disponible ;
- L'évaluation peut se faire exceptionnellement dans le milieu lorsque les personnes ne peuvent pas se présenter au CLSC

#### *Personnes connues des intervenants du CLSC :*

- Les personnes se réfèrent directement aux intervenants impliqués en les contactant par la téléphoniste au 524-3541
- Lorsque les intervenants impliqués ne peuvent être rejoints, les personnes se réfèrent à la secrétaire du programme, yyyy au 524-3541, du lundi ou jeudi, poste 1124, qui informera de la disponibilité des intervenants ou, si urgent le nom de l'intervenant répondant.

#### *Personnes présentant un danger immédiat pour elle-même ou autrui, connues ou non connues :*

- Dans ces situations, ces personnes doivent être référées en psychiatrie et si nécessaire les policiers doivent être contactés et les mesures seront prises dans le cadre de la Loi 39 (Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui).

Le CLSC produit un relevé des ressources en santé mentale afin de mieux faire connaître les ressources locales et régionales en santé mentale.

L'organisatrice communautaire du CLSC (2004-2006) est chargée d'assumer la représentation du CDPSMR à la Table de Santé mentale de la sous-région Est, une table de concertation impliquant l'ensemble des établissements et autres ressources spécialisés en santé mentale. Cette représentation a pour objectif de faire de la sensibilisation dans les deux sens, auprès des organismes qui n'ont pas de mandat ni de mission en santé mentale et auprès d'eux solidement ancrés dans le domaine de la santé mentale.

- Apporter un soutien aux intervenants du milieu

Le CLSC propose aux groupes communautaires qui le désirent des sessions de formation et d'information en lien avec la santé mentale. À cet égard, le document relatif aux modalités de collaboration entre le CLSC-CHSLD de Rosemont et les organismes

communautaires du quartier Rosemont (2002) mentionne que le CLSC offre aux groupes qui le désirent des sessions de formation et d'information concernant les besoins en lien avec la santé mentale: les principaux diagnostics, ses manifestations, les attitudes et comportements à adopter, les traitements privilégiés.

Différents échanges thématiques sont organisés (par exemple, pour les personnes suicidaires). Par ailleurs, les intervenants peuvent participer à différentes formations, notamment les troubles de personnalité, comment amener une personne à consulter, et les différentes étapes de la crise.

Le CDPSMR s'attèle d'ailleurs à fournir des informations sur la détresse psychologique et les troubles de santé mentale aux résidents du quartier de Rosemont, notamment par le biais de séances d'informations, de chroniques dans le journal du quartier et d'affichage de communiqués.

## 2.2 Création d'un « sous-comité HLM »

Par ailleurs, en 2003, les membres du CDPSMR constatent que de multiples difficultés coexistent au sein de différents HLM. De fait, la convergence dans les HLM des personnes atteintes de troubles de santé mentale avec les autres résidents, aussi marginalisés ou précaires, cause des tensions, plusieurs personnes âgées souffrent d'isolement, et de nombreuses habitations n'ont plus de comités de résidents depuis 10 ans. Les membres du CDPSMR prennent alors conscience de la nécessité de combiner leurs efforts afin d'améliorer la qualité de vie dans ces milieux. Un sous-comité est créé afin de se pencher sur des solutions pour répondre à des problèmes concrets identifiés dans certains HLM. Au fil des rencontres émergera le projet HLM, un projet d'innovation sociale, à travers le développement de nouveaux services en HLM. Ce « comité HLM », vise à établir des modes de collaborations facilités entre le milieu communautaire, les ressources spécialisées et celles responsables de la gestion des habitations. Le comité réunit la police de quartier, le CSSS, l'Office municipal d'habitation de Montréal (OMHM) et le Carrefour communautaire l'Entre-gens. L'Entre-Gens est responsable de la coordination du projet, de la gestion financière et des ressources matérielles. L'OMHM fournit un soutien à l'encadrement du projet, s'occupe de la liaison avec les comités de locataires et des prêts des locaux communautaires.

Ces différents rôles seront davantage formalisés en 2008, avec des rencontres de suivi se tenant désormais aux six semaines. L'Entre-Gens, le CSSS et l'OMHM portent le rôle de soutien à l'encadrement du projet. Quatre ans plus tôt, en 2004, les membres du sous-comité avait défini et déposé un projet de travail de milieu (corridors) au Programme d'aide à l'initiative communautaire et social en HLM (PAIC). Le projet visait à améliorer la qualité de vie collective et les relations de voisinage, à identifier et outiller les locataires pouvant avoir un leadership positif, et recruter et soutenir les locataires voulant s'impliquer dans la

vie communautaire des habitations. Le projet visait plus précisément deux HLM des personnes âgées dans Rosemont, soit l'Habitation de Chambly et l'Habitation J. Ernest-Paquin.

Pendant quatre ans, une subvention annuelle sera accordée pour un poste de travailleur de milieu par le PAIC. Il s'avère particulièrement difficile de combler le poste à long terme. En effet, le taux de roulement des travailleurs est relativement élevé:

Ben, c'était peut-être un petit peu difficile de trouver une personne pour ce type de clientèle là, là. Tsé, c'est pas, il fallait passer beaucoup d'entrevues pour trouver quelqu'un. Ce n'est pas heu, ce n'est pas quelque chose facile, ce n'est pas des gros salaires non plus, facke tsé, c'est pas évident. Souvent, c'est pas des *travails* à temps plein, c'est des deux-trois jours semaines. Facke, c'est ça (21/06/2013).

Au départ, les résidents des HLM impliqués se montrent peu collaboratifs. Les intervenants de milieu sont parfois perçus comme des intrus, et au fil du temps, certains HLM sont délaissés, car les conflits se sont aggravés. Dans d'autres habitations, par contre, la qualité de vie s'améliore grâce à cette initiative:

Ça fait que là on a vraiment... Ça, ça a été quand même une belle réussite, d'avoir à rendre permanent dans le fond l'intervention de milieu en HLM. C'est sûr que c'est difficile. Tsé dans un monde idéal, on ferait une intervention dans un milieu, ça fonctionnerait bien, on n'aurait plus besoin puis on irait dans un autre. Sauf que depuis 2004, ça fait quoi... on est en 2013? Oui ça fait comme presque neuf ans. On est pas mal... Ben il y a des HLM qu'on a délaissés. Il y en a d'autres qu'on a ajoutés. Mais ça a tourné pas mal autour des mêmes habitations, parce que c'est difficile... Des fois oui, il y a une vie communautaire qui émerge, il y a quelque chose, puis un moment donné, les conflits prennent puis ... (27/09/2013)

Par ailleurs, certains résidents ont repris possession des locaux communautaires, s'impliquent dans des travaux d'embellissement et remettent sur pied les associations de locataires. Ceci étant, les résidents semblent encore avoir besoin de soutien, car les acquis apparaissent fragiles (Centre de formation populaire et CSSS Lucille Teasdale 2011)<sup>4</sup>. Une évaluation du projet met en évidence la nécessité pour les trois partenaires (les membres du sous-comité HLM) de « se mettre davantage au service de l'objectif principal du projet : venir en aide aux résidents vivant dans des situations de détresse psychologique et d'isolement social important » (CFP et CSSS 2011, 37).

---

<sup>4</sup> Une évaluation du projet a été réalisée par le Centre de formation populaire en collaboration avec les trois partenaires du projet, notamment le Carrefour Communautaire de Rosemont l'Entre-Gens, l'OMHM et le CSSS Lucille-Teasdale en 2011. L'évaluation du projet porte sur trois HLM : Étienne Desmarreau, J.E. Paquin et Madeleine-D'Ailleboust.

## 2.3 Une période de restructurations institutionnelles

Parallèlement, des restructurations importantes du système de santé et des services sociaux ont lieu entre 2003 et 2005. En décembre 2003, le gouvernement du Québec adopte la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. La loi prescrit la fusion d'établissements publics de santé de type CLSC, CHSLD et CH. En juin 2005, 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) sont créés, dont notamment le CSSS Lucille-Teasdale. Par contre, la fusion des établissements sous de nouvelles administrations est un processus qui durera plusieurs années. Aussi, cette nouvelle législation confie aux CSSS le mandat de mettre en place et de coordonner des réseaux locaux de services (RLS) comprenant, en principe, l'ensemble des établissements publics, organismes communautaires et entreprises privées œuvrant dans le domaine des santé et des services sociaux sur le territoire du CSSS. Les réseaux locaux de services sont constitués du CSSS et de ses partenaires (médecin de famille, pharmacie, organisme communautaire, ressources privées, centre hospitalier, centre jeunesse, centre de réadaptation). Tous les « partenaires » dans le RLS partagent la responsabilité collective d'offrir des services intégrés pour répondre aux besoins de la population du territoire qu'il couvre.

Suite à ces restructurations, le CLSC de Rosemont n'existe plus en tant qu'entité autonome et son ancienne directrice, n'étant plus en poste, n'est plus disponible pour la coordination du CDPSMR. Elle est remplacée dans cette fonction par la chef de programme responsable du Centre de crise l'Entremise (L'Entremise est un point de service du CSSS) qui animera le comité de 2006 à 2009, avant d'être affectée à d'autres fonctions et de quitter le comité. Une organisatrice communautaire du CSSS Lucille Teasdale (auquel est maintenant rattaché le CLSC Rosemont) reprend progressivement le mandat de coordination du comité.

Dans la foulée de ce chambardement institutionnel de longue haleine, touchant aussi les organismes communautaires sur le territoire et leurs liens avec le système de santé et des services sociaux, le comité connaîtra une vague de désaffiliation. Il semble ainsi qu'entre 2006 et 2008, ses membres sont amenés à vouloir réévaluer leurs modalités de fonctionnement.

**Encadré 2**

**Évolution de la composition du membership<sup>5</sup> du CDPSMR**

<b>Organismes d'affiliation des membres du CDPSMR entre 1999 et 2005</b>	<b>Organismes d'affiliation des membres du CDPSMR entre 2006 et 2009</b>	<b>Organismes d'affiliation des membres du CDPSMR entre 2010 et 2013</b>
<p>Carrefour communautaire de Rosemont L'Entre-Gens                      CLSC Rosemont                      Poste de Quartier 44                      Office municipal d'habitation de Montréal                      Services communautaires Cyprès</p>	<p>Carrefour communautaire de Rosemont L'Entre-Gens                      CSSS Lucille Teasdale                      Poste de Quartier 44                      Office municipal d'habitation de Montréal                      Services communautaires Cyprès</p> <p>Carrefour communautaire Montrose                      Fondation des maladies mentales</p>	<p>Carrefour communautaire de Rosemont L'Entre-Gens                      CSSS Lucille Teasdale                      Poste de Quartier 44 et 48                      Office municipal d'habitation de Montréal                      Services communautaires Cyprès</p> <p>Carrefour communautaire Montrose                      Fondation des maladies mentales</p>
<p>CDC de Rosemont                      Comité logement de Rosemont                      Centre de crise L'Entremise                      Hôpital Maisonneuve-Rosemont                      Carrefour des Femmes de Rosemont                      Moulin à musique</p>	<p>Entraide St-Michel                      Square Rosemont                      Zone grise                      Projet sur Main                      Ville de Montréal                      Centre local d'emploi</p>	<p>Déprimés anonymes                      L'échelon                      L'AQPAMM                      La maison grise                      L'Alternative</p>

**Légende**

Rouge : Organismes d'affiliation des membres en continu depuis 1999.

Brun: Organismes d'affiliation des membres s'étant joint au CDPSMR entre 2006 et 2009 et qui sont restés membres.

Noir : Organismes d'affiliation des membres ayant joint, puis cessé leur participation au CDPSMR sauf pour ceux qui se sont affiliés en 2013

<sup>5</sup> Il est important de noter que le membership du CDPSMR est constitué d'individus et non d'organismes, contrairement à celui d'une table de concertation interorganisationnelle. Ce tableau doit donc être lu conséquemment. Le départ d'un organisme peut signifier que le membre est toujours présent dans le CDPSMR mais a changé d'affiliation organisationnelle.



### III. Consolidation du CDPSMR : ses stratégies diversifiées et ses forces

Après le lancement des projets initiaux, le CDPSMR se retrouve dans une période de flottement, quant à ses objectifs et à son identité en tant que communauté de pratique. De fait, cette période de flottement est également suivie et accentuée par le chamboulement structurel des institutions de la santé et des services sociaux. Tout ceci a un effet démobilisant sur le CDPSMR.

Le noyau de membres qui reste, suite à plusieurs désaffiliations, décide de mettre sur pied plusieurs stratégies afin de relancer et de consolider le CDPSMR. Ces stratégies sont mises en œuvre par le biais de sous-comités spécifiques. Des sous-comités sont créés, aux mandats différents, et des activités sont organisées en réponse à des visions et préoccupations distinctes par rapport à la stratégie à adopter pour relancer le CDPSMR.

#### 3.1 Stratégie I: Se donner des orientations et reformuler les objectifs

En 2008, soucieux de retrouver le *momentum* créé entre 1999 et 2003 et l'adhésion des intervenants communautaires, le CDPSMR met sur pied un sous-comité chargé de se pencher sur l'orientation et les objectifs du comité, qui produira un document succinct traitant de la petite histoire du CDPSMR et reformulant ses objectifs :

On a commencé à évaluer nos besoins. Comment on veut que ce comité-là travaille, qu'est-ce qu'on attendait tout le monde ensemble de ce comité-là. Chacun, nous ce qu'on attendait de ce comité-là pour continuer à avancer et pis tsé pour qu'on ne tourne pas en rond, parce qu'on est un comité qui avance quand même (21/06/2013).

Le sous-comité en question est composé de membres provenant de l'OMH, du Carrefour communautaire L'Entre-gens et du CLSC Rosemont. Ce sous-comité, après consultations avec les autres membres, rédige un document succinct présentant des nouveaux objectifs du CDPSMR, ainsi que son historique. Par ailleurs, ce sous-comité prépare le calendrier des rencontres pour l'année 2008, en fonction des thématiques et des invités proposés par les membres.

Les objectifs auront évolué depuis 1998 et la période d'émergence du CDPSMR. Dix ans plus tard, le CDPSMR a vraisemblablement identifié les causes de certains obstacles auxquels les personnes en situation de détresse psychologique ou santé mentale doivent faire face. De plus, il a fallu s'adapter aux restructurations institutionnelles du système de santé. Ainsi, dans ce document, le concept de « réseau » apparaît ainsi que l'ambition de le développer. Ces changements de perspective permettront de recadrer les activités du CDPSMR et mieux préciser son mandat.

### Encadré 3

#### **Les objectifs du CDPSMR qui ressortent du travail du sous-comité sur les orientations et objectifs**

- ▶ Améliorer les services aux personnes présentant une problématique de détresse psychologique et de santé mentale en développant un réseau de collaboration entre les différents partenaires.
- ▶ Connaître les réalités respectives des différents partenaires dans le meilleur intérêt de la population desservie.
- ▶ Contrer le sentiment d'impuissance des différents intervenants devant certaines situations.
- ▶ Pour les personnes en difficulté, faciliter l'accès aux expertises des partenaires en favorisant l'échange d'informations et en minimisant les délais d'attente lors des références.

La reformulation des objectifs reflète davantage la fonction de communauté de pratique que le CDPSMR se donne :

Puis c'est peut-être depuis, je te dirais, 2008-2009, où là on a comme établi un mode de fonctionnement, où là on se dit ben là nous on n'est pas vraiment une instance de concertation comme telle, on est plus un lieu de... voyons je cherche mes mots... une **communauté de pratique**. Donc on veut partager nos connaissances tout ça, puis on n'a pas d'autres ambitions, entre guillemets, que ça. Ça fait que c'est plus là que ça s'est précisé un peu le mandat. (17/07/2013) (notre emphase)

Le CDPSMR, en tant que communauté de pratique, a désormais des objectifs clairs de développement des compétences et des réseaux d'expertise des intervenants, ainsi que de soutien clinique, affectif, et professionnel pour ces derniers. Le concept de communauté de pratique fait référence à un groupe de personnes qui, normalement, travaillent ensemble et sont amenées à partager leurs connaissances pratiques et leurs expériences dans le but de s'offrir de soutien mutuel et d'inventer des solutions adéquates aux problèmes concrets rencontrés dans leurs pratiques quotidiennes. Elle est fortement traversée par l'apprentissage entre des pairs (Wenger 2005). Une communauté de pratique se caractérise idéalement par trois dimensions : un engagement mutuel, une entreprise commune, et un répertoire partagé (Wenger 1998). Il convient d'ailleurs de distinguer nettement une communauté de pratique d'une table de concertation car ce dernier interpelle des organisations afin de s'attaquer à des problèmes inter-organisationnels, entre autres à l'aide

du développement d'ententes, formelles ou pas. Par contraste, la collaboration visée par le comité serait portée par les intervenants autour de la table, qui ne participent pas en tant que délégués de leur organisme mais plutôt en fonction de leur intérêt et besoins relatifs à leurs pratiques d'intervention auprès des individus et milieux fortement affectés par la présence de problèmes de santé mentale.

### 3.2 Stratégie II : Documenter et formaliser les études de cas

Dès son démarrage, le CDPSMR sert de lieu où discuter des multiples cas difficiles auxquels sont confrontés les intervenants. À travers les échanges, les participants conçoivent des solutions pour les personnes en détresse. Les membres partagent leurs connaissances, perceptions et intuitions, concernant entre autres, les murs rencontrés lorsqu'ils tentent de mettre en œuvre des solutions pour répondre aux problèmes complexes. En effet, même si les membres du comité travaillent avec des clientèles hétérogènes, les expériences des intervenants sont pertinentes pour tous. En ce sens, la circulation des savoirs tacites favorise la résolution de problèmes.

Je ne sais pas comment c'est venu ça, sur le tapis, un moment donné. Ben dans le fond, spontanément les gens un moment donné, entre autres Nathalie, c'est sûr qu'avec le travail qu'elle fait, elle est témoin de plein de situations. Ça fait que c'est à partir de là où les gens disaient « Ah oui moi aussi j'ai connu telle affaire ». Là on a commencé à faire des vignettes de cas. Mais je dirais que c'est peut-être plus en 2007-2008 à peu près, que ça s'est comme un petit peu plus systématisé (21/06/2013).

A partir de 2008, les échanges du CDPSMR se formalisent et éventuellement, un second sous-comité de travail est constitué avec pour mandat de garder des traces des études de cas. Ce « comité études de cas » est composé d'intervenants de l'OMH, du Carrefour communautaire L'Entre-gens, du CLSC de Rosemont, et d'une travailleuse de la Fondation des maladies mentales.

Les études de cas sont colligées dans un recueil et érigés en cas-types à partir desquels les membres espèrent développer des modèles d'intervention et « un cadre de procédures de référence » (CDPSMR, Recueil de cas-types, p.1 – voir l'encadré 4). Le but recherché est d'améliorer le travail de collaboration entre les participants :

L'élaboration et la mise en place d'un mode de fonctionnement devrait servir à améliorer la connaissance que les partenaires ont l'un de l'autre et à développer de meilleures communications entre eux. Cette synergie ainsi que la réduction des délais de prise en charge devrait être facilitante pour la personne dans le besoin mais également pour l'intervenant qui se sent supporté par ses pairs. (CDPSMR, Recueil de cas-types, p. 1)

Ce recueil d'études de cas est envisagé comme un outil de référence pour les membres. Au départ, tous les membres en reçoivent une copie. Cependant, avec le temps, peu de retour est fait sur ce recueil et ses usages possibles au sein du Comité ne sont plus considérés.

#### Encadré 4

### **TRAME D'UNE DISCUSSION DE CAS**

(Extrait du document « Recueil de cas-types » du CDPSMR, p. 3)

Contexte

Pistes d'intervention

Étape 1	Prise de contact
Étape 2	Conscientisation/Responsabilisation de la personne
Étape 3	Évaluation de la situation
Étape 3	Gradation des moyens selon la situation ou le niveau de risque
Étape 4	Suivi de la personne

Retour aux intervenants qui se sont impliqués dans le dossier.

Certains des nouveaux membres qui se joindront au Comité plus tard n'en recevront pas de copie.

Les échanges autour des études de cas au sein du CDPSMR permettent aux participants de partager sur des connaissances et des compétences complémentaires et de consolider des réseaux plus aidants. Ces mêmes échanges permettent aussi d'améliorer les processus d'intervention auprès des personnes atteintes de problèmes de détresse psychologique et de santé mentale. Le recueil de cas-type comporte un code de déontologie et d'éthique mettant l'accent sur la confidentialité, la préservation de l'anonymat des personnes citées, des mesures assurant le respect de la diversité de points de vue au sein du groupe, et des modalités de référencement respectant la volonté et la vie privée des personnes concernées. Le document fournit également une liste de notions abordées par le CDPSMR qui sont à définir, par exemple, la notion de « détresse psychologique » ou de « dangerosité ». Un autre élément contenu dans le recueil est la trame de discussion des cas-type, qui permet d'uniformiser le format de présentation des cas-types et d'organiser les séances de discussions autour des cas.

Les études de cas ont avant tout un objectif d'entraide, de mise en commun des expertises des intervenants pour tenter de résoudre des problèmes difficiles devant lesquels ils se trouvent seuls. Les rencontres autour des études de cas ressemblent à des séances d'intervention de groupe : les participants se donnent des conseils et s'apportent un soutien mutuel. On assiste ici à une forme de communication expressive, pour reprendre le concept de Jürgen Habermas (1987), un phénomène caractéristique des communautés de pratique.

Cette forme de communication est en opposition à la communication stratégique, dans laquelle chacun poursuit un but stratégique, tentant d'arriver à ses fins.

### 3.3 Stratégie III : Accroître les connaissances formelles des intervenants

Dès ses débuts, le CDPSMR organise des séances de formation sous la forme d'ateliers (de deux à trois heures). Initialement, ces formations sont dispensées par des intervenants du CLSC, et éventuellement, le CDPSMR fait également appel à des intervenants provenant de diverses organisations et différents spécialistes, tels des psychiatres, des infirmières, des médecins et des groupes communautaires spécialisés, œuvrant auprès de certaines clientèles spécifiques. De plus, les membres du comité accueillent parfois des personnes atteintes de problèmes de détresse psychologique ou de santé mentale qui leur livrent des témoignages sur leurs expériences. Les formations portent sur les différents diagnostics psychiatriques, les principales manifestations de symptômes, les attitudes et les comportements à adopter et les traitements à privilégier. Notamment, les participants reçoivent des formations sur les troubles de personnalité, sur comment amener une personne à consulter ou sur les différentes étapes d'une crise psychiatrique. Le contenu des ateliers est élaboré en fonction des besoins mentionnés par les membres du comité.

Ces formations sont importantes pour les membres du CDPSMR puisque plusieurs d'entre eux ne possèdent pas de formations spécialisées; leurs expertises sont davantage de l'ordre des savoirs profanes.

*On peut avoir des insights, mais... C'est ça. Mais quand quelqu'un arrive avec... qu'il vient te donner une vraie formation puis que c'est son métier, qu'il a étudié pour ça, ben écoute il t'arrive avec des choses auxquelles toi tu n'avais pas pensé. (12/06/2013)*

En ce sens, les formations théoriques leur offrent la possibilité d'acquérir des connaissances formelles leur permettant, d'une part, de mieux comprendre certains problèmes; et d'autre part, d'accroître l'efficacité et la profondeur de leurs interventions.

Ces trois stratégies développées par les sous-comités du CDPSMR ont eu l'effet voulu, soit un nouvel élan dont les réalisations sont présentées dans l'encadrée 5. Ces activités collectives ont aussi amené une certaine évolution et ont soulevé un certain nombre de controverses, dont nous discutons dans le chapitre.

Encadré 5

**Projets et réalisations du CDPSMR depuis sa création**

Projet	Date	Moyen	Réalisations
Se donner des orientations et des objectifs	2008-2009	Mise sur pied d'un sous-comité	Énoncé des quatre objectifs du CDPSMR
Documenter les études de cas	2008-2009	Mise sur pied d'un sous-comité	Recueil des études de cas
Développer les connaissances formelles des membres	En continu	Organisation de séances de formations, délivrées par des intervenants et des spécialistes	Séances de formation régulières
Venir en aide aux résidents d'HLM vivant dans des situations de détresse psychologique et d'isolement social	2004-2008	Mise sur pied d'un sous-comité  Demande de subvention pour un poste d'intervenant  Rapport d'évaluation du projet	Obtention d'un financement de 4 ans par le PAIC <sup>6</sup>  Un(e) intervenant(e) dans trois HLM
Faire émerger des réseaux plus aidants pour les clients des organismes et individus membres du CDPSMR et pour les membres eux-mêmes	2012-2014	Mise sur pied d'un comité de pilotage  Projet de recherche en partenariat avec ARIMA	Monographie sur l'histoire et l'évolution du CDPSMR  Grille d'analyse pour les études de cas  Cartographie des réseaux

<sup>6</sup> En 2008 le projet d'intervention de milieu en HLM devient pérenne et est intégré à la mission du Carrefour Communautaire de Rosemont l'Entre-Gens. Une deuxième intervenante est embauchée. L'intervention de milieu en HLM couvre dorénavant 3 habitations pour aînés et une habitation pour personnes seules.

### 3.4 La consolidation du CDPSMR comme levier d'action

L'une des forces du CDPSMR réside dans sa capacité de faciliter la collaboration et l'accès aux expertises à travers l'extension du réseau de relations informelles entre les membres, qui servent comme leviers d'action pour les membres.

Les rencontres permettent, notamment à travers l'intermédiaire des conférenciers invités, d'accroître le capital social des membres. En premier lieu, la création de liens informels entre les membres du comité permet parfois d'avoir un poids aussi grand qu'auraient pu avoir des ententes formelles. En effet, les participants ont su expérimenter entre eux différentes situations de collaborations intersectorielles simplifiées. Même des occasions de collaboration informelles entre intervenants d'un groupe communautaire et d'un hôpital ont été expérimentées:

Je me rappelle d'occasions de collaboration(s) facilitée(s) entre le Carrefour l'Entre-Gens et une ressource d'intervention de crise (Hochelaga Maisonneuve) : placement pour un week-end d'un jeune hébergé à l'appartement supervisé qui glissait vers un état qui s'aggravait, mais sans être en état de crise au moment du placement. S'il n'y avait pas eu ce rapprochement au sein du comité, le capital de sympathie n'aurait pas pu jouer et le jeune adulte aurait terminé son week-end à l'urgence, accompagné de policiers ou d'autres intervenants sociaux. (2/07/2013).

En second lieu, l'accès à ces spécialistes possédant différentes expertises permet aux membres : de valider leurs interventions; de réfléchir autrement sur certains problèmes complexes qu'ils rencontrent dans le milieu; de développer leur répertoire de réponses à certaines situations; de se sensibiliser au sens des certaines actions et discours de leurs clients autrefois peu parlant pour eux; de mieux connaître certaines ressources dans le quartier et au-delà et comment les déployer.

Ainsi, l'extension du réseau informel des membres du comité leur permet d'augmenter leur pouvoir d'action sur les problèmes complexes auxquels ils font face. Par contre, ces activités du CDPSMR n'ont pas amené à diminuer les contraintes institutionnelles en place qui sont aussi complexes.

### 3.5 Le comité comme lieu de soutien clinique et affectif

Au-delà des formations, les études de cas collectives leur permettent d'obtenir du soutien clinique. En ce sens, les membres sont capables de partager leurs connaissances et de les lier à celles des autres. Conséquemment, le CDPSMR parvient à diminuer leur sentiment d'impuissance face à certains problèmes rencontrés – du moins, d'une manière ponctuelle. Souvent, il s'agit de pouvoir bricoler une nouvelle réponse à une situation précise et particulièrement frustrant à l'aide des idées ou ressources auxquelles un autre membre du comité a accès.

Également, le comité est un lieu de soutien affectif, notamment possible grâce au climat de confiance et du sentiment fort de partager des expériences similaires.

Je trouve que c'est dans ce sens-là que c'est très bien d'avoir le comité, de rencontrer les gens. Et je l'ai dit, je pense, l'autre jour en réunion, on se sent moins tout seul avec ce qu'on vit pendant la pratique. On se sent moins tout seul. Ou des fois tu vas dire j'ai rencontré tel problème. Il y a quelqu'un qui va dire « Ah tu savais-tu que tu peux aller à tel endroit, chercher telle information? ». Ça fait que le soutien ou les références, oui.» (27/09/2013)

Pour des membres, entre autres les plus jeunes ou moins expérimentés, le CDPSMR permet de répondre à un besoin d'écoute et d'encouragement. Également, le comité leur permet de valider auprès de pairs leurs interventions. En ce sens, le comité semble être en mesure de consolider le sentiment de compétence des intervenants.

Oui, c'est sûr que chaque membre de ce comité-là vient chercher de l'expertise qu'ils n'ont pas. Facke ils repartent avec un petit peu, un petit bagage de plus avant qu'ils ne viennent là. C'est à force dans faire que ton bagage d'expertise grossi et qu'un moment donné tu es capable d'avoir une connaissance assez large et de pouvoir faire des interventions aux minimums. (21/06/2013)

L'atmosphère générale qui émane du comité est extrêmement positive. À cet effet, il apparaît que les rapports entre les membres sont fondés sur un engagement mutuel. Chacun semble aider, et être aidé par, les autres membres du comité. La confiance et l'ouverture à l'autre paraissent être des caractéristiques primordiales de la dynamique du CDPSMR.

Et on s'en va là, ça va être ressourçant puis on ne se fera pas juger. Je trouve que c'est du partage. Du partage, mais tsé il n'y a pas d'argent en jeu. Tu n'es pas en compétition pour un poste. C'est un partage... (30/09/2013)

Il apparaît que la dimension affective soit une dimension importante de la vie organisationnelle du CDPSMR. Il semble que le comité permet de nouer des liens forts avec des personnes qui partagent des préoccupations communes.

Mais ça aussi, je pense que ça, ça sert beaucoup aux intervenants, se faire valider par les autres. « Ben écoute, je pense que tu as fait pas mal ce que tu avais à faire puis tu n'aurais pas pu faire plus dans les circonstances ». Ça aussi c'est toujours des... des questions qui reviennent souvent. (17/07/2013)

En effet, la dimension du plaisir (Dameron et Josserand 2007) est souvent évoquée par les personnes interrogées et celle-ci paraît être un puissant catalyseur du développement et de la pérennité du comité.



## IV. Une communauté de pratique en définition d'elle-même

Depuis sa création en 1999, le CDPSMR a dû se développer, mobiliser des membres, et maintenir l'intéressement de ces derniers. Pour ce faire, comme nous l'avons vu précédemment, il a mis en œuvre diverses stratégies. Selon notre lecture de ses 15 années d'existence, certaines « controverses » sont ressorties. Elles se peuvent se résumer en cinq questions différentes : Comment est-ce que le Comité se perçoit et se conçoit collectivement? Comment se caractérise le *membership* du CDPSMR? Quelles sont les différences dans les manières de participer et d'assumer un rôle au sein du comité? Quels sont les enjeux liés à l'élargissement du Comité? Et finalement, nous avons dégagé quelques inquiétudes en lien avec l'avenir de la coordination du Comité. Les conclusions qui suivent ont émergé de l'analyse collective des controverses qui ont ressortie pendant la préparation de cette monographie, analyse effectuée par les membres eux-mêmes lors d'une réunion du CDPSMR.

### 4.1 L'identité du CDPSMR : communauté de pratique ou comité d'action ?

Parmi les objectifs du CDPSMR tels que reformulés en 2008, on lit : « Contrer le sentiment d'impuissance des intervenants » (voir Encadré 3), un objectif typique d'une communauté de pratique. Une communauté de pratique se distingue par son domaine d'intérêt, dans notre cas, les problématiques de détresse psychologique et de santé mentale; par sa communauté basée sur des échanges d'information, de l'entraide, le développement de relations, et des interactions régulières; par sa pratique car les membres de la communauté sont des praticiens qui développent à la longue une pratique partagée (Wenger 1998, Wenger et al. 2002). Partager les frustrations mène, pour certains, à vouloir mieux s'outiller pour surmonter les sources de plusieurs de ces frustrations. Cette recherche-action a été intégrée au comité justement en vue de répondre à ce sentiment de frapper des murs et afin de devenir plus outillé pour changer l'état de fait.

En outre, le CDPSMR vise aussi à améliorer la réponse aux problèmes détresse psychologique et de santé mentale vécus dans la communauté. À cet effet, il a développé notamment de nouveaux services en HLM, comprenant un poste d'intervenant dans le but d'agir dans ce milieu de vie. Ce type de projet relève d'un comité d'action plutôt que d'une communauté de pratique. Selon nos entretiens, il apparaît que plusieurs membres se soient sentis moins interpellés par ce projet, lequel était surtout porté par quelques membres, mais prenait beaucoup de place lors des rencontres du CDPSMR :

Ben c'est ça, comme je dis, un moment donné c'est difficile de... de trouver un peu le point commun. Les gens participaient aux rencontres, on faisait des suivis beaucoup du

projet d'intervention HLM, mais des fois ça ne concernait pas tout le monde, ça fait que là on commençait un petit peu à perdre des joueurs. (17/07/2013)

Par exemple, il est vrai que le projet touchait à la problématique des aînés dans ces habitations, bien que les membres travaillent auprès de clientèles diverses.

Suite à un exercice de réflexion sur les objectifs du comité et son mode de fonctionnement, les membres ont souligné que le comité est avant tout un lieu de ressourcement, où les membres viennent échanger et s'inspirer mutuellement pour retourner dans leurs milieux de pratiques. Participer au comité signifie pouvoir mettre un visage humain sur d'autres organismes qui œuvrent auprès des mêmes populations. En se rencontrant, les membres du comité développent une meilleure connaissance des autres acteurs, se sentent moins isolés, et aussi tissent des liens dans la communauté qui se perpétuent dans la pratique. Pour les membres du comité, les liens ainsi tissés sont aussi importants pour les personnes auprès de qui ils travaillent : en effet, ceux-ci bénéficient d'une certaine continuité dans les services car il y a moins de morcèlement quand les membres se réfèrent les clients les uns aux autres. En plus, le fait d'être en réseau permet aussi aux intervenants d'aider leurs clients à développer leurs réseaux.

Le comité est un lieu d'apprentissage « incident » et un espace où les membres échangent des outils et du savoir de façon informelle. Les membres sont également des agents multiplicateurs car ils diffusent ce qu'ils y apprennent dans leurs organismes et milieux respectifs.

La spontanéité du comité est une caractéristique à laquelle les membres sont attachés : l'aspect informel du comité évite de tomber dans un objectif de rendement.

Contrairement à un comité d'action dont l'objectif serait tourné vers l'extérieur, le comité tient à demeurer un espace de soutien mutuel, d'apprentissage informel, qui se base sur ce que chaque membre apporte, et préserve ce qui existe entre eux, surtout dans le contexte actuel de réforme du système de santé et des services sociaux.

#### 4.2 Participation individuelle ou participation organisationnelle ?

Depuis ses débuts, le CDPSMR attire la participation d'intervenants des milieux des organismes communautaires, des services de la police, et du CSSS. Les membres sont au comité à titre individuel et font partie du Comité parce qu'ils ressentent le besoin de se retrouver pour échanger sur leurs pratiques, expériences, et interventions. La participation individuelle favorise un certain climat de confiance, dans le sens où les membres peuvent exprimer leurs sentiments à titre personnel, sans impliquer leur organisme d'affiliation.

De plus, nonobstant le caractère individuel du *membership*, la volonté du Comité au commencement était d'avoir des établissements hospitaliers en son sein. C'est ainsi qu'en

parcourant la liste des membres des toutes premières années (entre 1999 et 2005), on peut observer que l'Hôpital Maisonneuve Rosemont y figure. Après cette période, cependant, l'hôpital n'est plus présent dans le comité. La participation organisationnelle peut présenter l'avantage de mobiliser un réseau plus stable, dans le sens où il s'agit du réseau à la fois de l'organisation et de l'individu, plutôt que du réseau de l'individu (dont les liens peuvent être plus facilement variables) et d'assurer une certaine stabilité du membership. En effet, nous avons vu dans l'un des chapitres précédents (Chapitre III) que le CDPSMR avait dû faire des efforts de clarification de ses orientations et de son fonctionnement suite à une diminution des membres.

Les deux types de participation sont complémentaires, selon les membres eux-mêmes. En effet, ceux qui participent au Comité agissent comme des relais dans les deux sens : d'un côté, ils apportent au Comité des savoirs, des expériences, et des pratiques de leurs organisations; de l'autre, ils ramènent dans leurs organisations les savoirs partagés ainsi que l'expérience de pratique du Comité. Si certains des membres ont été mandatés par leurs organismes à cause de leurs fonctions d'intervenants confrontés à une clientèle ayant des problématiques en santé mentale, d'autres y sont de leurs propres initiatives et en tant qu'individus. Le Comité recrute des membres sur une base individuelle au départ, mais avec le temps, lorsque ces individus quittent leurs organisations, les organisations peuvent décider de déléguer un autre employé pour siéger au Comité. Par exemple, l'un des postes de police a décidé, suite à la participation d'une agente de police au Comité, de créer un poste à temps plein pour les cas de santé mentale et de déléguer la policière au Comité. À la base, les membres se joignent au Comité parce qu'ils ressentent le besoin de se retrouver dans cet espace de soutien mutuel et d'échanges sur les pratiques. Ce sont donc surtout des « intervenants-terrain » qui s'y joignent, bien qu'il y ait quelques cas de membres qui, bien que n'intervenant pas directement auprès des personnes, agissent comme des diffuseurs de connaissances auprès de leurs équipes de travail (ex : La Maison Grise).

#### 4.3 Expansion et dynamique de groupe au sein du CDPSMR

Les membres interrogés rapportent que lors des dernières années, le CDPSMR s'est enrichi de nombreux membres. En effet, ils relèvent qu'à sa création, le comité regroupait une dizaine de membres, tandis qu'en 2013, les réunions du comité comptent parfois plus d'une vingtaine de personnes. Le Comité avait en effet fait certains efforts pour recruter des membres après la vague de désaffiliation (2006 à 2009).

Tel que susmentionné, la dimension affective semble être particulièrement structurante dans la persévérance du comité. À cet effet, certains disent craindre que la relation affective n'entraîne la constitution d'une dynamique de groupe aux liens étroits qui peuvent être un frein à de nouvelles adhésions et mettre en danger l'expansion de la communauté de pratique :

Mais ça, je pense aussi c'est dû au fait que c'est le même noyau de gens qui fréquente le comité. C'est sûr que c'était un petit peu ça aussi la... Tsé des fois l'enjeu... dire « Ben est-ce qu'on élargit à d'autres acteurs? », mais comme il s'est développé vraiment un mode de fonctionnement puis une complicité envers les personnes, ça devient difficile des fois d'intégrer des gens dans ce mode de fonctionnement-là. Ça fait que ça peut être peut-être un moment donné aussi un frein au développement. Quand tu es tricoté trop serré, des fois c'est difficile d'intégrer des nouvelles personnes, puis un moment donné aussi il faut faire attention que ça ne devienne pas un club fermé non plus là. Ça fait qu'il y a ça un petit peu.(17/07/2013)

Notamment, les rencontres du Comité étaient des occasions pour que les intervenants expriment librement leurs frustrations face à certaines situations de détresse psychologique et de santé mentale. Les séances étaient souvent des espaces de ressourcement affectif et clinique. Des membres soulignent le fait que les discussions sont maintenant moins personnelles, car le temps de parole disponible pour chacun est moins élevé : « Depuis que la Table a grossi plus, ça arrive plus fréquemment qu'il y a des gens qui ne vont pas parler du tout » (12/06/2013).

La question se pose alors, de savoir comment, face à un Comité qui depuis les dernières années a doublé le nombre de personnes participant aux rencontres, maintenir la capacité d'expression des membres? Avoir autant de membres signifie que ce Comité continue d'exister, d'une part, mais d'autre part, le nombre croissant de membres peut signifier moins de temps de parole. La confiance en (ou devant) un aussi grand nombre d'individus peut également être affectée.

Les membres du Comité ont réfléchi à ces questions et en ont déduit qu'il y a des avantages à s'élargir, et des avantages à rester en petit nombre. Cependant, au fil du temps, il est vrai que le Comité retrouve un équilibre, car s'il y a de nouvelles personnes qui arrivent au Comité, il y a également des départs. De plus, selon les membres, le fait qu'il n'y ait pas de règles formelles d'adhésion permet de conserver une flexibilité qui favorise la survie du Comité au fil du temps.

#### 4.4 Diversité des membres et asymétries

Une des caractéristiques du CDPSMR est la diversité de ses membres, en termes de secteur d'intervention, de lieux et de types de travail et de statuts d'emploi. Il y a aussi au sein du groupe des personnes ayant des expertises basées sur une formation universitaire et d'autres ayant des expertises fondées sur des savoirs expérientiels; des personnes ayant un statut de travailleur précaire et d'autres non; des anciens du comité et des adhérents récents, sans parler de personnalités différentes. Cette diversité peut affecter et remettre en question pour certains la volonté de s'exprimer dans ce groupe de personnes.

Par ailleurs, nos entretiens révèlent que le Comité a eu de la difficulté à intéresser des médecins ou des acteurs provenant des établissements hospitaliers à devenir membre à part entière du Comité. Bien que ceux-ci participent au Comité ponctuellement en tant que personnes-ressources, pour donner des conférences ou des formations, ils ne semblent pas vouloir être membres dans la communauté du CDPSMR. Il est vrai que les membres se joignent au CDPSMR pour répondre à des besoins ressentis, et donc, la question des besoins des médecins ou spécialistes du milieu hospitalier se pose. Peut-être qu'ils ne perçoivent pas le Comité comme un lieu d'apprentissage pour eux, malgré le fait que ce pourrait être une opportunité d'en apprendre plus?

Tsé, on a jamais été capable d'avoir un médecin traitant sur notre comité qui vient nous parler, on a jamais été capable d'avoir des spécialistes qui pourraient venir nous aligner et écouter ce que nous autres on vit quotidiennement. Quand tu as un dossier que tu travailles avec un psychiatre, un psychologue, quand tu entends la réalité que tu vis sur le terrain, souvent ça lui ouvre des lumières, parce que souvent ils ne pensent pas.  
(21/06/2013)

Existe-t-il d'autres sources d'asymétries et jusqu'à quel degré jouent-elles un rôle dans la dynamique de la participation pour certains membres? Dans plusieurs communautés, les asymétries de « pouvoir » (en tant que *empowerment* ou capacité d'agir), parfois cachées, sont sous-jacentes à des malaises. Est-ce que ces enjeux sont présents et reconnus par tous au sein du Comité?

La multidisciplinarité des membres du Comité est une force reconnue par tous les membres car elle est représentative de la diversité d'intervenants présente dans la communauté. Cependant, la liberté avec laquelle les membres s'expriment lors des réunions peut varier et être mitigée par certains règlements de leurs professions (ex : psychologues). De plus, bien que tous les membres qui participent au Comité sont relativement à l'aise et libre d'y être, les membres réfléchissent à des moyens de clarifier l'aspect informel et égalitaire du Comité, afin que tous les membres puissent se sentir confortable. De plus, les membres pensent également à la possibilité de rédiger une déclaration de principe sur l'égalité des participants, avec un texte sur l'historique et les principes du Comité, une affirmation de la reconnaissance des différents savoirs, et sur la confidentialité.

#### 4.5 Coordination du CDPSMR : des incertitudes tacites?

Le CSSS demeure la seule instance dans le quartier qui possède des ressources humaines dédiées à ces tâches d'animation et de coordination de concertations et d'autres tables locales. Cette réalité semble placer le CDPSMR dans une position de relative dépendance vis-à-vis du CSSS et notamment, les membres dans une posture d'incertitude par rapport à la relève. Dans ce contexte – et surtout celui de la réforme du système de santé et des services sociaux dont l'implantation se déroulera pendant les mois et années à venir –

quelle sera la fiabilité du CSSS, qui lui-même fait face à d'éventuelles restructurations, et parallèlement, à la capacité des autres membres à coordonner le CDPSMR?

Depuis sa création, le Comité a été coordonné par une gestionnaire ou une organisatrice communautaire du CLSC, bien qu'il y ait eu un interlude durant lequel la chef de programme du Centre de crise L'Entremise (faisant partie du CSSS) a assuré la coordination. Le CSSS pourrait affecter l'organisatrice communautaire qui anime actuellement le Comité. De fait, la question se pose de savoir si dans le cas de l'éventuel départ de la travailleuse du CSSS, le Comité pourrait se coordonner. Les membres sont majoritairement des intervenants, et non pas des gestionnaires ou des coordonnateurs. Le temps alloué à leur participation au CDPSMR sert à leur ressourcement, à l'entraide mutuelle, et au soutien dans leur développement de connaissances et de compétences. Leurs milieux disposent de ressources matérielles et humaines réduites et souvent précaires. En ce sens, pour plusieurs d'entre eux, il serait passablement difficile de se dégager momentanément de leur mandat afin de remplir les responsabilités qui incombent à la coordonnatrice du comité.

En revanche, certains ont exprimé leurs inquiétudes à l'égard d'une éventuelle réaffectation de la coordinatrice actuelle même si le CSSS la remplacera. Car la bonne coordination d'une communauté de pratique dépend non seulement de la disponibilité et des compétences mais aussi des savoirs-être. Le CDPSMR se trouve donc à un carrefour : il a le choix entre la dépendance et l'indépendance vis-à-vis du CSSS et éventuellement, le CISSS. La dépendance vis-à-vis du CSSS apparaît facile et efficace, mais demeure hors du contrôle collectif du Comité. Une coordination assurée par quelqu'un d'un organisme communautaire serait cependant précaire car les organismes ont bien moins de ressources et les membres doivent parfois négocier pour avoir le temps de participer au Comité. L'option d'être indépendant du CSSS signifierait de décider collectivement parmi les membres de qui assurera la coordination.

Pour les membres, cependant, le fait que la coordination du Comité soit assurée par le CSSS assure la neutralité de la coordination. Un autre organisme pourrait éventuellement teinter le Comité de ses propres couleurs. De plus, le CSSS possède une certaine légitimité de par le fait qu'il s'agisse d'un établissement public. Cette légitimité contribue à valoriser ce qui se fait au sein du Comité. Les membres craignent aussi que sans le CSSS, le Comité ne soit considéré que comme un réseau alternatif en matière de santé mentale, ce qui causerait un repli sur soi du Comité. Le CSSS, dans cette fonction de coordination, évoque le rôle d'origine du CLSC comme faiseur de liens dans la communauté. L'organisatrice communautaire du CSSS est importante comme coordonnatrice du Comité car elle apporte avec elle, de par sa fonction, une compétence spécifique d'organisation communautaire (mettre en lien les participants, les mobiliser, les réunir, sans se mettre en avant).

#### 4.6 Comité et son territoire : demeurer local ou s'ouvrir à d'autres quartiers?

Pour les membres du Comité, une autre question sur laquelle ils devront se pencher est celle de l'aspect territorial du Comité. Comité de détresse psychologique et santé mentale de Rosemont a été créé à partir des besoins spécifiques auxquels étaient confrontés les intervenants de Rosemont. Bien que certains membres proviennent de territoires voisins, les membres se demandent si la désignation de Rosemont dans le nom du Comité de poserait pas un frein à l'adhésion d'intervenants d'autres quartiers de Montréal. En même temps, le fait que le Comité soit spécifiquement de Rosemont facilite les services de références et de développement des réseaux des clients pour les membres : la proximité permet une certaine accessibilité des services et du réseau pour des personnes ayant des problématiques en santé mentale et devant souvent se déplacer en transports en commun.

## Conclusion

Tout au long de son histoire, le CDPSMR est passé par diverses étapes. La période de potentialité, entre 1998 et 1999 pendant laquelle le comité de suivi a établi une vision de ce que le comité pourrait être. La période de regroupement en 1999 lorsque le CDPSMR est mis sur pied officiellement et que des membres sont recrutés. On peut qualifier de période de maturation la période entre 2008 et 2009 pendant laquelle le comité s'est attelé à préciser ses objectifs et son rôle. Manifestement, le CDPSMR prend de l'ampleur, tant au niveau du nombre de membres qui y adhèrent, qu'au niveau de la diversité des savoirs et des compétences qu'on y retrouve. Ceci nécessite une vigilance quant à l'expansion du CDPSMR, dans un esprit de préservation d'un espace sécurisant, propice au ressourcement et à la communication expressive entre les membres. De plus, « le processus de négociation de sens porte non seulement sur le sens collectif de la communauté mais aussi sur le sens que chaque acteur donne à son action individuelle au sein du groupe » (Dameron et Josserand 2009 :131). Le projet du CDPSMR de se pencher sur ses propres origines et son évolution, de faire ce retour sur son processus de développement, fait partie de cette entreprise plus large de problématisation, en vue justement d'aborder l'étape de la mobilisation. Quelles sont les prochaines étapes pour cette communauté de pratique? Comment préserver la communauté de pratique, tout en favorisant l'intéressement des membres actuels et potentiels? Les défis sont nombreux et les controverses sont révélatrices du besoin pour le CDPSMR de faire face à des questions de fond : les rapports de pouvoirs entre les acteurs-membres et les différences de vision sur les problèmes et leurs solutions (Bilodeau et al. 2003). À travers ce projet, le CDPSMR a su faire son propre examen, et n'a pas eu peur de se poser ces questions de fond. Des réflexions collectives ont pu se mettre en marche, et de nouvelles perspectives prennent déjà forme pour les membres, pour qui la pertinence et l'importance de leur Comité n'en est que plus frappante, surtout dans le contexte actuel de réformes majeures du système de santé et des services sociaux.



## Références

Bilodeau, A., S. Lapierre, et Y. Marchand (2003). *Le partenariat, comment ça marche? Mieux s'outiller pour intervenir*. Direction de la santé publique. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Centre de formation populaire et CSSS Lucille Teasdale (2011) Rapport d'évaluation du projet d'intervention de milieu en HLM

Dameron, S., & Josserand, E. (2009). Le piège identitaire: identification sociale et stratégie d'acteurs dans une communauté de pratiques. *Revue Finance Contrôle Stratégie*, 12(1), 127-154.

----- (2007). Le développement d'une communauté de pratique. *Revue française de gestion*, (5), 131-148.

Goulet, D. (2004). L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont : une histoire médicale 1954-2004. Les Éditions du Septentrion.

Habermas, J. (1987). *Théorie de l'agir communicationnel: Rationalité de l'agir et rationalisation de la société* (Vol. 1). Fayard.

Wenger, E. (2005). *La théorie des communautés de pratique*. Presses Université Laval.

----- (1998). *Communities of practice: Learning, meaning, and identity*. Cambridge University Press.

-----, McDermott, R. A., & Snyder, W. (2002). *Cultivating communities of practice: A guide to managing knowledge*. Harvard Business Press.