

## Recherches sociographiques



# La transformation des services de santé mentale et le rôle des pros

Marie-Josée Fleury, Jean-Louis Denis, Claude Sicotte and Céline Mercier

Volume 45, Number 1, janvier–avril 2004

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/009237ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/009237ar>

[See table of contents](#)

### Publisher(s)

Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval

### ISSN

0034-1282 (print)

1705-6225 (digital)

[Explore this journal](#)

### Cite this article

Fleury, M.-J., Denis, J.-L., Sicotte, C. & Mercier, C. (2004). La transformation des services de santé mentale et le rôle des pros. *Recherches sociographiques*, 45(1), 105–127. <https://doi.org/10.7202/009237ar>

### Article abstract

The mental health system in Quebec is currently facing a major reorganization of its management and supply of services. This restructuring effort can be considered as the second phase of a reform initiated by Quebec's mental health policy orientations (1989) made operational in health and social services regions by means of Regional Plans for the Organization of Services (PROS). Starting from a case study, this article describes the implementation process and the impact of the first restructuring attempt on the system through the PROS (1989-1997). The study focuses on facilitating and restricting conditions of PROS implementation. The interaction between the roles played by the management tools and the various contextual, structural and temporal factors in the transformation of the supply of mental health services illustrates the process of reform implementation. Finally, we outline the lessons that can be drawn from this experience for the continuity of mental health services transformation in accordance with current orientations.

# RS

## LA TRANSFORMATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE ET LE RÔLE DES PROS\*

Marie-Josée FLEURY

Jean-Louis DENIS

Claude SICOTTE

Céline MERCIER

Le système québécois de santé mentale est actuellement confronté à une réorganisation importante de sa gestion et de l'offre de ses services. Cette restructuration peut être interprétée comme la deuxième phase d'une réforme, amorcée avec la *Politique de santé mentale* (1989) qui s'est traduite dans les régions sociosanitaires par les plans régionaux d'organisation de services (PROS) (1989-1997). À partir d'une étude de cas, cet article vise à décrire le processus de mise en œuvre et les effets de cette première restructuration du système. Les conditions favorisant ou entravant l'implantation des PROS, les outils de gestion ainsi que différents facteurs contextuels, structurels et temporels sont étudiés. Enfin, les leçons à tirer de cette expérience pour la poursuite de la réforme des services de santé mentale sont discutées.

**D**ans les sociétés contemporaines, comprendre les mécanismes favorisant ou entravant la transformation des systèmes et des organisations s'avère essentiel ; plus que jamais, en effet, ceux-ci sont soumis à des changements importants

---

\* Nous voulons remercier le Programme national de recherche et de développement en matière de santé, lequel a supporté financièrement ce projet. Notre reconnaissance va aussi à l'ensemble des participants de cette étude, particulièrement à Michel Gonthier et Hung Nguyen de la Régie régionale de la Montérégie.

afin de satisfaire la demande sociale. Au Québec, le système de santé mentale est un exemple intéressant pour étudier la mise en œuvre d'une réforme. Depuis l'introduction de la *Politique de santé mentale* (ministère des Affaires sociales (MAS), 1989), ce système est l'objet d'une transformation continue. L'implantation des orientations de la *Politique de santé mentale* s'est d'abord articulée dans les régions sociosanitaires sous la forme de plans régionaux d'organisation des services (PROS). Les documents ministériels successifs d'orientation tels que le *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* (MSSS, 1998) et *Accentuer la transformation des services de santé mentale* (MSSS, 2001b) renforcent les orientations déjà tracées par la *Politique de santé mentale* et les PROS dans les régions sociosanitaires.

Une étude de cas en Montérégie illustre le processus d'implantation d'une réforme, et permet de tracer un bilan d'une première étape dans la transformation des services de santé mentale, avec les PROS. Ces derniers, élaborés pour la plupart entre les années 1989 et 1997, constituent le premier exercice d'envergure de planification régionale de l'organisation des activités et des soins de santé mentale. Ils se distinguent d'une version classique de la planification, puisqu'ils ne visent pas essentiellement un meilleur ajustement de l'offre et de la demande de services, mais poursuivent des objectifs importants de transformation de l'offre de soins.

Dans le contexte des transformations du système de santé mentale autour de la notion de « réseaux intégrés de services », l'étude de la mise en œuvre des PROS s'avère particulièrement pertinente. Bien que la notion de réseaux intégrés de services n'apparaisse que dans les discours politiques plus récents sur la restructuration des services (MSSS, 1998, 2000, 2001a, 2001b), elle émerge de l'expérience des PROS. Au même titre que pour les « réseaux intégrés de services », mais d'une façon moins formalisée et directive, les PROS consistent à déployer sur le plan des régions sociosanitaires et des territoires locaux, une offre de soins et d'activités variée (ex. : soins médicaux, travail, logement), continue et dispensée majoritairement dans la communauté. À cette fin, les organisations du secteur public et communautaire de la santé mentale et l'intersectoriel (ex. : municipalité, justice) sont mobilisées par les « régies régionales » pour planifier et coordonner l'organisation des services dans leurs territoires respectifs. L'expérience des PROS met en relief les difficultés d'implantation d'une telle restructuration systémique des services. Elle souligne aussi les limites de la planification comme stratégie principale pour la restructuration des services.

Dans ce qui suit, les PROS et les outils de gestion qu'ils comprennent sont d'abord décrits selon leurs objectifs de transformation des services et des nouveaux mécanismes qu'ils introduisent. Les balises méthodologiques et théoriques de l'étude sont ensuite présentées. La recherche s'inscrit dans les approches institutionnaliste (DiMAGGIO et POWELL, 1991 ; OLIVER, 1992 ; GREENWOOD et HININGS, 1993, 1996) et contingente (DRAZIN et VAN DE VEN, 1985 ; NEWMAN et

NOBLE, 1990) en théorie organisationnelle, lesquelles tiennent compte de l'interaction entre les conditions de développement d'une réforme et ses effets, et considèrent l'implantation de changements comme un processus progressif et émergent (*incremental changes*). La mise en œuvre du PROS de la Montérégie et ses effets font ensuite l'objet de notre attention. Les rôles joués par les outils de gestion et différents facteurs contextuels, structurels et temporels dans la transformation de l'offre des services de santé mentale sont mis en évidence. Nous traiterons enfin des leçons à tirer de cette expérience pour la poursuite de la transformation des services de santé mentale, en lien avec les orientations actuelles (MSSS, 1998, 2001a, 2001b).

### *Les PROS comme outil de gestion de la transformation du système de santé mentale*

Afin de réformer le système de santé mentale, dysfonctionnel sous plusieurs angles (MAS, 1989 ; MERCIER et WHITE, 1995)<sup>1</sup>, à la suite de la *Politique de santé mentale*, les plans régionaux d'organisation des services (PROS) sont introduits. Cette transformation du système de santé mentale s'inscrit dans une dynamique internationale et nationale, et sert d'expérience pilote pour la reconfiguration du système sociosanitaire québécois. Pour opérationnaliser la transformation des services de santé mentale, les « régies régionales » en concertation avec les différentes organisations oeuvrant dans le secteur de la santé mentale (centres hospitaliers (CH), centres locaux de services communautaires (CLSC), organismes communautaires...) et intersectorielles (municipalités, éducation, justice...) ont été mobilisées. Les PROS constituent une planification formalisée de l'organisation des services de santé mentale, et comprennent un volet stratégique (identification des problèmes, des priorités et des buts poursuivis), tactique (définition des objectifs généraux et spécifiques, des actions à entreprendre pour atteindre les objectifs et prévision des ressources requises) et opérationnel (détermination des objectifs opérationnels, mise en œuvre des programmes et évaluation) (PINEAULT et DAVELUY, 1995). Ce sont aussi des planifications exhaustives, élaborées sur une période approximative de deux années (1989-1991) dont l'implantation s'étale en moyenne sur cinq ans.

Les PROS poursuivent des objectifs technocratiques, démocratiques et de structuration (tableau 1). Les objectifs technocratiques tendent à consolider la gestion régionale en santé mentale en améliorant les connaissances sur les besoins et les ressources, en précisant les mandats des acteurs organisationnels en matière de services et les objectifs de résultats que le système entend concrétiser. Ils visent

---

1. Mentionnons à titre d'exemple : « 1) l'existence d'un réseau d'établissements plutôt qu'un réseau de services axés sur les besoins des usagers ; 2) la concentration excessive des services dans le secteur psychiatrique hospitalier ; 3) la répartition inégale des ressources matérielles et humaines ; 4) l'insuffisance ou l'absence de solutions de rechange à l'hospitalisation ; 5) le manque de concertation entre les divers intervenants du réseau et 6) l'occupation des hôpitaux psychiatriques par des catégories de personnes ne nécessitant pas d'hospitalisation continue » (*La santé mentale - Direction de l'an 2000* du CSMQ, MSSS, 1985).

aussi l'efficacité, la pertinence et la qualité des services par l'implantation d'un système d'évaluation. Les objectifs démocratiques répondent à des principes d'équité sur les plans intrarégional, interrégional et interprogramme, de gestion en partenariat entre les différents acteurs organisationnels du système et d'ajustement des ressources aux besoins de la clientèle. Quant aux objectifs de structuration, ils concernent l'implantation d'une gamme de services diversifiés et complémentaires (services de base, traitement spécialisé, réadaptation et réintégration sociales, etc. ; voir MAS, 1989), majoritairement dispensés dans la communauté, et qui veulent conjuguer les pôles de spécialisation avec l'ajustement des ressources aux besoins des personnes.

Les PROS, comme outil de gestion, dépassent donc largement le mode classique de la planification des soins et des activités en santé. Mis à part l'ajustement des ressources aux besoins, ils visent à transformer substantiellement l'offre des services en la structurant selon une approche par programmes, organisée en « réseaux intégrés de services », ces derniers étant offerts le plus possible dans la communauté. Une approche par objectifs de résultats et des dispositifs d'évaluation et de concertation viennent renforcer le nouveau modèle.

**TABLEAU 1**

*Objectifs du PROS*

Types d'objectifs	PROS : Objectifs
De structuration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gamme de services</li> <li>• services communautaires avec pôles de spécialisation</li> <li>• système intégré de services (plan régional et local)</li> </ul>
Technocratiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• amélioration des connaissances : besoins / ressources</li> <li>• précision des mandats des acteurs</li> <li>• précision des objectifs / résultats pour le réseau</li> <li>• efficacité / pertinence / qualité des services (système d'évaluation)</li> </ul>
Démocratiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• équité : intrarégionale, interrégionale et interprogramme</li> <li>• gestion partenariale</li> <li>• ajustement des ressources aux besoins de la clientèle</li> </ul>

*Les différents outils de gestion compris dans les PROS*

La gestion par programmes tire ses fondements d'une « approche matricielle », puisque l'on cherche à introduire pour un domaine d'activité une double structure d'autorité et de prise de décision ainsi que des mécanismes les supportant (GALBRAITH, 1971). Dans cette logique, les distributeurs de services de santé mentale doivent répondre à leurs propres objectifs organisationnels et à ceux identifiés dans la planification régionale (PROS). Ils sont aussi incités à coordonner leur offre de services et à améliorer l'équité de la distribution des services. Ultimement, la gestion par programmes consiste à gérer les services non plus en fonction des intérêts des organisations, mais des besoins variés d'une clientèle selon des territoires (« réseaux intégrés de services »).

Dans une logique par programmes, les besoins de la clientèle, détectés par des recherches provinciales et régionales, sont ainsi comparés aux ressources en services disponibles, ce qui met en relief les lacunes en matière de dispensation de services et d'équité intrarégionale et interprogramme, et constitue un véhicule important de revendication quant à l'équité interrégionale. En Montérégie, le PROS s'organise notamment en trente-deux programmes d'activités diversifiées et complémentaires sous la responsabilité de distributeurs principaux de services et de collaborateurs obligatoires ou volontaires. Un programme regroupe par exemple des services d'intervention, de réadaptation et de réinsertion sociale avec hébergement. Les types de services visés sont : les ressources de réinsertion sociale, les appartements supervisés et les solutions de rechange à l'hospitalisation, les places en pavillon, les places en famille d'accueil, les lits d'hébergement de longue durée et l'intervention psychosociale (PROS, 1991). Les programmes sont aussi articulés en trois niveaux de services : prévention et promotion, première ligne et services de crise et services spécialisés (deuxième ligne)<sup>2</sup>.

La planification par objectifs de résultats et l'évaluation ont des buts complémentaires. La première tend à financer le système en fonction d'objectifs et d'effets relatifs à l'amélioration de la santé de la population. Elle s'appuie sur la théorie du *management by objectives* (MBO). Initialement développée pour augmenter le rendement par la spécification de responsabilités, des buts et des résultats

---

2. Les services de première ligne correspondent aux services de base. Ils sont relatifs à des troubles ne nécessitant pas d'intervention prolongée. Dans la plupart des cas, l'intervention supporte la personne dans son milieu et n'exige pas de retrait de son domicile. La deuxième ligne comprend les services de soutien aux familles, de réadaptation et réintégration sociales et de traitements spécialisés. La clientèle visée est affectée par des troubles sévères, complexes et persistants de santé mentale. L'équilibre de ces personnes est perturbé au point d'affecter leurs habiletés fonctionnelles dans la vie quotidienne et de compromettre leurs relations sociales (CRSSSM, 1991). La région ne possède pas de services de troisième ligne. La clientèle, traitée à ce niveau, est dirigée vers les hôpitaux psychiatriques de Montréal et de Sherbrooke.

attendus, conjointement élaborés par les employés et les employeurs, l'approche paraît appropriée pour planifier des stratégies, pour organiser et contrôler les ressources d'un système ainsi que pour préciser les responsabilités et les buts organisationnels (RODGERS et HUNTER, 1992). Quant à l'évaluation, elle vise principalement l'amélioration de l'efficacité et de la pertinence des services, l'adéquation des missions organisationnelles aux besoins du système et l'allocation des ressources vers les activités les plus efficaces et pertinentes pour la santé des populations.

Les structures tripartites de concertation aux niveaux régional et local ont pour objectif d'introduire un nouveau partenariat, afin d'organiser le partage d'une partie de la décision publique (BRACHET, 1995), entre les distributeurs de services et les gestionnaires des instances régionales, entre les forces de régulations étatiques et civiles. Ces structures ont aussi comme objectif de démocratiser et de décentraliser le processus de gestion, d'arrimer entre eux les services de santé mentale et de contrôler l'articulation du système aux PROS. Elles jouent enfin un rôle important en matière d'allocation de ressources, tout en constituant pour les gestionnaires de la régie régionale, l'un des outils principaux d'information sur la configuration du système. En fait, elles servent de « centres de traduction » pour le développement des PROS, de tels centres étant d'après CALLON (1989) des lieux supportant une intervention et son évolution en lien avec son contexte socio-économique. Ainsi, un comité tripartite régional de concertation et sept comités tripartites locaux ont été mis en place en Montérégie.

### *Méthodologie*

L'étude de cas (YIN, 1994), réalisée autour du PROS de la Montérégie, s'appuie sur un nombre important d'entrevues (n = 143) auprès d'intervenants et de gestionnaires des services à tous les niveaux d'intervention (n = 86) ainsi qu'auprès d'usagers et de leurs proches<sup>3</sup>. Nous avons aussi mis en contexte le processus d'implantation du PROS à partir du dépouillement de sources primaires (procès-verbaux, correspondances, documents administratifs, orientations et politiques régionales et ministérielles, etc.) et secondaires (écrits sur les organisations et sur la santé mentale). L'implantation du PROS de la Montérégie a aussi été comparée à celles des autres régions sociosanitaires (l'ensemble des régions nonobstant les territoires du Nunavik, de la Baie-James et du Nord du Québec). Pour ce faire, nous

---

3. Plus précisément, 37 entrevues ont été réalisées avec les usagers et 20 avec les proches. Nous avons procédé à 31 entrevues dans les établissements publics (hôpitaux et CLSC : directeurs généraux, chefs de départements de psychiatrie, travailleurs sociaux, infirmières...), 29 dans les ressources communautaires, 8 avec « l'intersectoriel » (la municipalité, la commission scolaire...) et 18 avec la Régie régionale de la Montérégie incluant la Direction de santé publique (responsable du programme de santé mentale, Direction des finances, de la programmation...).

avons effectué dix-sept entrevues, principalement avec les coordonnateurs des programmes de santé mentale des régies régionales. L'analyse comparative nous permet d'affirmer que le cas de la Montérégie ne diffère pas substantiellement, dans son processus d'implantation et ses effets, des PROS déployés ailleurs au Québec.

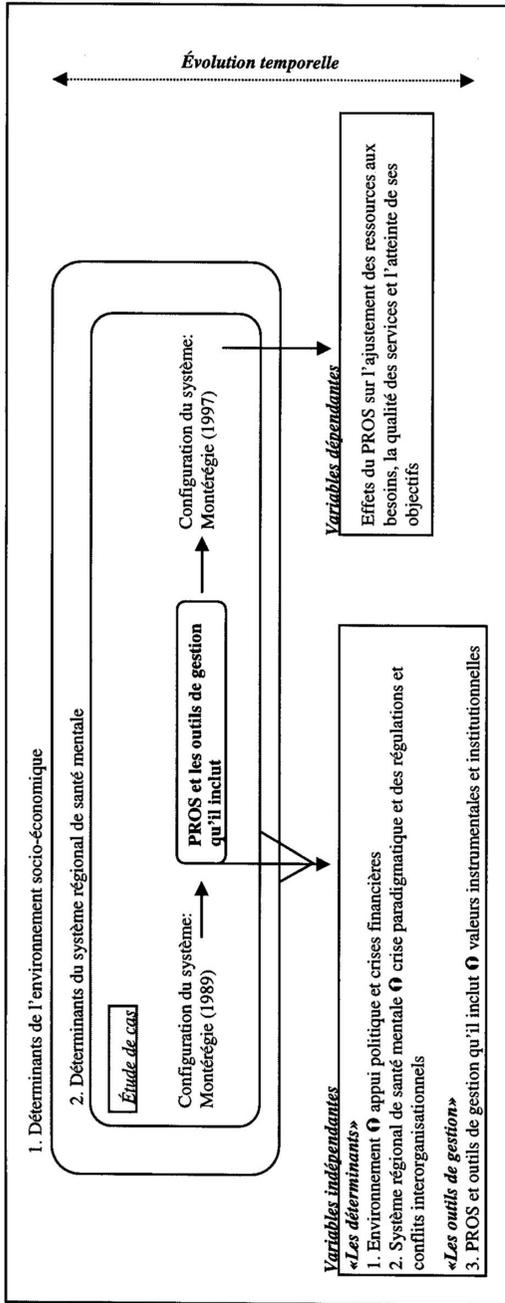
Les répondants ont été sélectionnés à partir d'une stratégie d'échantillonnage intentionnelle. Nous avons procédé à une analyse synchronique, diachronique et parallèle des données (BARLEY, 1990), selon les dimensions du modèle théorique élaboré pour l'étude (figure 1). Cinq phases de collecte de données se sont succédées, de l'hiver 1995 à la fin de l'automne 1996 pour les gestionnaires et intervenants des services et en juin 1997 pour les usagers et leurs proches. La comparaison avec les autres régions sociosanitaires s'est concrétisée à l'hiver 1997. Ce procédé a permis de cerner le développement de la réforme d'une façon dynamique. Elle a aussi contribué à augmenter la validité des inférences, puisque l'interprétation des données est vérifiée auprès d'informateurs successifs.

*Cadre d'analyse de la mise en œuvre et des effets du PROS en santé mentale de la Montérégie (1989-1997)*

Pour procéder à l'évaluation de la mise en œuvre et des effets du PROS de la Montérégie, un cadre d'analyse a été élaboré, considérant les dimensions relevées comme structurantes d'un changement d'après la littérature institutionnaliste (DIMAGGIO et POWELL, 1991 ; OLIVER, 1992 ; GREENWOOD et HININGS, 1993, 1996) et contingente (DRAZIN et VAN DE VEN, 1985 ; NEWMAN et NOBLE, 1990) en théorie organisationnelle. Le cadre d'analyse examine, d'une façon comparative, la configuration du réseau de la santé mentale de la Montérégie en 1989 et en 1997 (figure 1). Les variables dépendantes correspondent aux effets du PROS en matière d'ajustement des ressources aux besoins (budget disponible versus budget requis dans le PROS) et de qualité perçue des services (laquelle rend compte de la globalité, de la continuité, de l'accessibilité et de l'humanisation des services : DONABEDIAN, 1973). Le système de santé mentale de la région devrait ainsi être en mesure d'atteindre les objectifs fixés dans sa planification des services (tableau 1). Les variables indépendantes sont liées à l'implantation d'un changement, c'est-à-dire aux conditions socio-économiques générales ou propres à la dynamique d'un système qui influencent la mise en œuvre d'une réforme (figure 1). Elles tiennent aussi compte des outils de gestion conçus en vue de la restructuration du système, étudiés en fonction de leur valeur instrumentale (choix des méthodes et mécanismes de soutien) et institutionnelle (régulation des rapports sociaux et des pratiques) (MAYER, dans BERRY, 1983).

FIGURE 1

Modèle d'analyse de la mise en œuvre d'une réforme : le PROS (1989-1997)



*Analyse de la mise en œuvre et des effets du pros de la Montérégie**Les déterminants de la mise en œuvre du PROS*

Le soutien politique et la satisfaction des intérêts « des acteurs du terrain » sont généralement considérés comme des éléments de succès d'un processus d'implantation (PETTIGREW, 1985 ; NEWMAN et NOBLE, 1990 ; OLIVER, 1992 - figure 1). Or dans le cas du PROS ce n'est pas de soutien politique qu'il s'agit mais d'une directive politique (MAS, 1989). Les changements soutenus par le PROS sont donc légitimés par l'État et s'inscrivent dans un processus d'institutionnalisation, c'est-à-dire dans une nouvelle façon d'organiser les services de santé mentale. La planification régionale reçoit toutefois un appui plus mitigé des distributeurs de services. Les acteurs organisationnels les plus nombreux et les plus institutionnalisés dans le système ont été plus ou moins intéressés par le projet de reconfiguration soutenu par les PROS. Les représentants des hôpitaux, autant que les psychiatres, ont participé à la planification régionale surtout pour ne pas perdre leurs acquis. Par contre, les CLSC, les « départements de santé publique » et les organismes communautaires ont fortement supporté la planification régionale, puisque celle-ci les inscrit plus directement dans la régulation de ce secteur. L'intersectoriel n'a pas été vraiment mobilisé par le PROS. Sa participation est pourtant essentielle en raison de l'aspect multidimensionnel des problèmes de santé mentale.

Comme autres déterminants du développement du PROS, le potentiel catalyseur des crises financières et de régulation a aussi été souligné (OLIVER, 1992 ; CALLON et LAW, 1989). Qu'elles soient organisationnelles ou sociétales, de telles crises doivent être substantielles, remettant en cause les acquis ou la survie d'un système. Selon CONTANDRIOPOULOS (1996), c'est le cas dans le contexte financier canadien et québécois, et particulièrement dans le système de santé. La crise financière a un double effet ; d'abord, d'après PROVAN et MILWARD (1995), elle pousse le système de santé à rationaliser et à optimiser l'efficacité de l'organisation de ses services, ce qui tend à améliorer la coordination et la qualité des services. Cependant, l'insuffisance des ressources pour répondre aux besoins limite fortement l'efficacité d'un système. Cette dernière situation caractérise particulièrement le système de santé mentale de la Montérégie, l'un des plus sous-financés au Québec. Quant à la crise financière, elle ne vient structurer le PROS que pendant les dernières années de son implantation. Comme nous le constaterons plus loin, les promesses ministérielles d'investissement majeur et de réallocations interrégionales ont contribué à l'implantation du PROS. Par ailleurs, les projections financières démesurées et le contexte de développement des ressources ont parallèlement poussé au maintien du *statu quo*.

Dans le secteur de la santé mentale, une crise de la régulation est aussi à noter, à cause de l'existence de pratiques et de philosophies d'intervention conduisant à l'émergence de « champs » en concurrence. Les champs défendent une vision et une

pratique de la structuration d'un système, et sont soutenus par un certain nombre d'acteurs et d'organisations (BOURDIEU, 1975 ; FLEURY, DENIS, CHAMPAGNE et PINEAULT, 2001). Trois champs en interaction ont fortement entravé la mise en œuvre du PROS. D'abord, le « champ médical », supporté surtout par les hôpitaux et les psychiatres, met de l'avant une médecine hospitalocentrique et le concept de « maladie mentale » par opposition au concept de « santé mentale »<sup>4</sup>, et a poussé le système au maintien du statu quo. Le « champ alternatif » a particulièrement encouragé la communautarisation des services, la démedicalisation des pratiques et l'appropriation du pouvoir par les usagers. Il est représenté par les ressources communautaires, particulièrement les ressources « alternatives ». Le « champ réformiste », surtout soutenu par le personnel de la régie régionale, a favorisé la communautarisation des services avec le développement de pôles psychiatriques, et a appuyé une conception biopsychosociale du traitement de la santé mentale. La présence de plusieurs champs dans le système a cependant renforcé les conflits interorganisationnels, qui ont grandement contraint la mise en œuvre du PROS. Les conflits les plus importants ont opposé les hôpitaux (le champ médical) et les groupes communautaires (le champ alternatif).

*Les outils de gestion : valeurs instrumentales et institutionnelles du PROS*

Le PROS a d'abord été élaboré selon une conceptualisation théorique de la planification actuellement remise en cause. Rappelons qu'il est conçu selon un modèle technocratique, comportant un triple volet stratégique, tactique et opérationnel. Les écrits récents privilégient plutôt une planification émergente, qui s'élabore et s'implante graduellement dans un dispositif dynamique et progressif de prise de position (MINTZBERG, 1994 ; HILL, 2000). Une telle planification facilite l'intégration des décisions et minimise les zones d'opposition en permettant aux personnes de s'adapter et de comprendre les changements (QUINN, 1992). En raison de changements contextuels, le PROS élaboré pour une période variant entre cinq et dix années s'est ainsi rapidement révélé périmé, particulièrement au chapitre des volets tactique et opérationnel de la planification.

Le PROS a aussi été pensé en fonction d'allocation substantielle de développement en provenance du gouvernement (tableau 2), faisant abstraction des possibilités réelles du système. La planification effectuée dans une optique de développement a ainsi contraint la rationalisation du système. Le fait que l'élaboration du PROS s'inscrit dans une période de transition, précédant la consolidation de la capacité de

---

4. Le concept de santé mentale est défini à partir d'un modèle écologiste qui intègre, au-delà de la maladie, l'adaptation d'une personne à son milieu, l'état de son bien-être et l'actualisation de sa personne. Cette conception entraîne une intervention non seulement médicale, mais aussi sociale (ex. : logement, travail, réadaptation et intégration sociale, loisir, etc.).

régulation des instances régionales (avec *la Loi 120*, 1991), a aussi contribué à limiter son pouvoir de rationalisation. Notamment, les « régies régionales » ont eu peu de contrôle sur les allocations budgétaires attribuées aux distributeurs de services, ce pouvoir ayant été conservé par le ministère. Il a été difficile de répondre aux objectifs du PROS et de réallouer les ressources en fonction des nouvelles priorités (ex. : équité intrarégionale et interprogramme et virage vers la communautarisation des services).

**TABLEAU 2**

*Informations budgétaires par niveaux d'intervention  
(PROS et budgets de développement)*

Niveaux d'intervention	% de déficit selon le PROS (1989-1990)	Budget disponible (1989-1990)	Fonds de développement récurrents reçus (1989-1996)	Budget requis selon le PROS (1992-1993)
Prévention / promotion	100 %	0 \$	513 727,02 \$ (8,77 %)	19 640 600 \$
1 <sup>ère</sup> ligne et crise	96,87 %	874 402 \$	856 511,81 \$ (14,62 %)	29 728 236 \$
2 <sup>e</sup> ligne : 0-17 ans	87,75 %	2 401 911 \$	298 968,04 \$ (5,10 %)	20 692 506 \$
2 <sup>e</sup> ligne : 18-64 ans	69,75 %	23 466 386 \$	3 406 301,59 \$ (6 %)	82 535 025 \$
2 <sup>e</sup> ligne : 65 ans et plus	100 %	0 \$	781 367,97 \$ (13,34 %)	43 809 630 \$
Totaux	80,60 %	26 742 699 \$	5 856 876,00 \$ (100 %)	196 405 997 \$

\* Tableau réalisé par la régie régionale de la Montérégie pour le programme de santé mentale.

Nous avons aussi mentionné que le PROS est conçu selon une gestion par programmes. L'ambiguïté de la notion a conduit à limiter les effets structurants de la planification (PINEAULT et DAVELUY, 1986). La gestion par programmes correspond, en effet, soit à la sectorisation du système de santé (selon les groupes d'âge, la santé physique, la santé mentale, etc.) ; soit à la gamme de services couverts par la *Politique de santé mentale* (prévention et promotion, services de base, soins spécialisés, etc. MSSS, 1989) ; soit aux services offerts à une personne (le plan de services individualisés en étant un exemple) ou soit à un ensemble intégré de services diversifiés, dispensés en collaboration avec différentes ressources afin d'atteindre des objectifs déterminés, en rapport avec des problèmes précis pour une population définie. La Montérégie est l'une des seules régions à avoir traduit l'approche par programmes dans cette dernière interprétation : le PROS comporte

« 32 programmes intégrés de services » en santé mentale. Toutefois, la planification par programmes ne structure le système régional de santé mentale qu'indirectement, par l'intermédiaire du PROS. Les établissements publics ne sont pas subventionnés et n'élaborent pas leurs activités à partir de cette procédure.

D'après nos répondants, les mécanismes d'appui au développement du PROS sont insuffisants ou inadéquats pour supporter la gestion par programmes. Notamment, les systèmes d'information sont considérés comme peu propices à la gestion régionale, par programmes et par objectifs / résultats, spécifiquement pour évaluer les besoins des clientèles et certains services offerts. Il demeure également difficile d'énumérer les indicateurs pertinents à une approche par objectifs de résultats ; aussi, les procédures d'évaluation planifiées dans le PROS se sont surtout limitées à des exercices de *monitoring* des fonds de développement alloués. L'insuffisance des procédures d'évaluation sur la plan de la gestion régionale est d'ailleurs mise en relief dans un document ministériel (MSSS, 1997a). Les comités de concertation jouent toutefois un rôle important en matière d'information à propos de l'évolution du réseau et de sa concordance aux objectifs et résultats poursuivis par le PROS.

La mise en œuvre du PROS s'appuie ainsi principalement sur les structures tripartites de concertation (établissements publics, groupes communautaires et intersectoriel). Le PROS n'a que peu conduit au développement d'autres tactiques d'intervention, notamment pour améliorer la collaboration entre les organisations et la coordination des services. À ce registre, seulement quelques initiatives ont été réalisées : des expériences de fusion (surtout entre hôpitaux) et d'occupation partagée ou unifiée de locaux (entre les organismes communautaires) ; des systèmes d'information sur les services (ex. : lignes téléphoniques, annuaires de services), de la formation en vue de transformer les pratiques et des incitatifs financiers favorisant la distribution de services entre organisations. Certains mécanismes ont aussi été instaurés, en particulier des procédures de suivi ou de transfert d'une clientèle d'une organisation à une autre. Quelques programmes conjoints (ex. : centres de crises gérés par des centres locaux de santé communautaire - CLSC - et des hôpitaux ; services de suivi entre ces derniers et des organismes communautaires) et contrats de services entre le personnel d'hôpitaux et de ressources communautaires ont enfin été mis de l'avant.

Le PROS en tant qu'instrument de gestion apparaît donc fragile sur le plan de ses valeurs instrumentales. C'est cependant un outil complexe, car il vise à réguler l'ensemble des services de santé mentale d'une région et à transformer significativement l'organisation du système suivant les orientations de la *Politique de santé mentale* (MAS, 1989 ; MERCIER et WHITE, 1995). L'ampleur des objectifs poursuivis par le PROS rend d'autant plus difficile son implantation, puisqu'il implique d'importants changements dans les pratiques d'intervention et des mécanismes suffisants de soutien à sa mise en œuvre. Bref, l'importance des modifications sous-jacentes à l'actualisation du PROS et sa faible valeur instrumentale font qu'il a peu

été institutionnalisé dans la pratique, bien qu'il ait fait l'objet d'une forte diffusion et que les acteurs s'y réfèrent régulièrement pour la gestion des services. Sa mise en œuvre et son impact en matière de pratiques d'intervention, de comportements organisationnels, de la vision et de l'offre de services ont donc été limités, et s'inscrivent davantage dans un processus émergent (*incremental changes* : PETTIGREW, 1985 ; GREENWOOD et HININGS, 1993, 1996 ; FLEURY, MERCIER et DENIS, 2002).

#### *Les effets du PROS sur l'ajustement des ressources aux besoins*

Le budget requis à la mise en œuvre du PROS varie, selon les études, de 140 à 196 millions de dollars. En Montérégie, le budget de la santé mentale représente à peine, pour l'année financière 1995-1996, un peu plus de 40 millions. Tous les services affichent un important déficit par rapport aux besoins ciblés (tableau 2). Entre 1989 et 1996, la Montérégie a reçu 6 057 677 \$ de fonds de développement pour sa planification, montant duquel environ quarante cinq pour cent sont attribués selon des directives ministérielles. En effet, la *Politique de santé mentale* exigeait la mise en place de ressources d'entraide (pour les usagers et leurs familles), de répit (pour les familles), de promotion et défense des droits et la tenue de sessions de formation sur la reconfiguration des services.

Environ 70 % de l'argent de développement a été distribué aux groupes communautaires et 30 % aux établissements publics (Régie régionale de la Montérégie, 1994a), ce qui concorde avec l'esprit de la planification régionale (tableau 1). Actuellement, près de 80 % du budget du programme est accordé aux ressources institutionnelles, dont la presque totalité aux départements de psychiatrie des hôpitaux. Des fonds de développement octroyés aux établissements publics, la majorité a été consacrée à la consolidation des services de santé mentale offerts par les CLSC (tableau 3). La plupart des personnes engagées à partir du PROS occupent des postes psychosociaux dans des services au sein même de la communauté. Un transfert de 22 intervenants, soit environ 3 % du budget global en santé mentale, a aussi été réalisé en faveur des services dans la communauté (Régie régionale de la Montérégie, 1994b). Le financement du secteur communautaire en santé mentale est passé de 7,6 % en 1989 à 15 % du budget de la santé mentale en 1994 ; le nombre de ressources communautaires, de 12 à 58 durant cette même période (Régie régionale de la Montérégie, 1994c). Avec un tel financement, le secteur communautaire en Montérégie est l'un des plus choyés des régions sociosanitaires ; cela pose toutefois la question de l'autonomie du mouvement communautaire et de son arrimage au réseau public de santé.

Les fonds de développement octroyés au secteur de la santé mentale en Montérégie n'ont donc pas permis de combler l'écart considérable entre les besoins de la région et les ressources disponibles indiquées dans la planification. La Montérégie n'a reçu *grosso modo* que 5 % des fonds nécessaires à la reconfiguration

de son système (soit 6 millions sur un budget de développement planifié de 100 à 150 millions). Les fonds de développement ne constituent que 15 % du budget de santé mentale (6 millions sur un budget d'environ 40 millions). Les réallocations interrégionales et interprogrammes ont faiblement contribué à rétablir la situation. Une forte inéquité interrégionale existe toujours (MSSS, 1997b). Le sous-financement du programme de santé mentale se répercute sur toute la gamme des services, qui demeure très incomplète (Régie régionale de la Montérégie, 1996).

*Les effets du PROS sur la qualité des services et sur la réalisation de ses objectifs*

Les effets entraînés par le PROS sous l'angle de la qualité des services sont peu significatifs. Il y a néanmoins eu une augmentation sensible du bassin de services disponibles, soit une gamme plus étendue des services offerts (la globalité des services). Les fonds de développement et de réallocation ont spécifiquement renforcé les réseaux d'entraide et de répit (usagers et familles), de crises, d'hébergement, d'accompagnement et de réadaptation et de réintégration sociales, ce qui a contribué à diversifier les services. Ce contexte a favorisé une certaine concurrence entre les modèles de distribution des services. La protection des droits des usagers a également été renforcée, ce qui aurait d'après plusieurs encouragé l'humanisation de la pratique médicale : le patient ayant davantage de choix dans les modes d'intervention.

**TABLEAU 3**

*Répartition des subventions en santé mentale (1989-1995)*

*(Pourcentage du budget de développement alloué par organisation qui est de 5 933 527,00 \$)*

<i>Organisations</i>	<i>Prévention et promotion</i>	<i>1<sup>ère</sup> ligne / crise</i>	<i>2<sup>e</sup> ligne : 0-17</i>	<i>2<sup>e</sup> ligne : 18-64</i>	<i>2<sup>e</sup> ligne : 65 +</i>	<i>Autres services</i>	<i>Argent à répartir</i>
Hôpitaux	(-)	(-)	18,20 %	6,77 %	21,80 %	(-)	(-)
Centres de santé primaire	15,36 %	8,90 %	(-)	6,56 %	69,90 %	(-)	(-)
Organismes communautaires	76,84 %	91,1 %	23,90 %	86,67 %	8,30 %	(-)	(-)
Régie régionale	7,80 %	(-)	57,90 %	(-)	(-)	188 753,59 \$ (3,2 % bud. tot.)	12 047,00 \$ (0,2 % bud. tot.)
Totaux	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	(-)	(-)

\* Tableau réalisé à partir de documents financiers de la Régie régionale de la Montérégie.

Une rationalisation du secteur de la santé mentale, qui permet de minimiser les duplications de services et de pointer les activités prioritaires à combler, a de plus été signalée, contribuant à une certaine amélioration de l'accessibilité et de la globalité des services. D'après les témoignages reçus, l'accent sur la démocratisation et la décentralisation de l'organisation des services aurait également favorisé une plus grande continuité (l'amélioration de la connaissance du réseau grâce aux structures de concertation facilite le processus de référence), une meilleure accessibilité (implantation d'un système budgétaire qui encourage l'équité intrarégionale et interprogramme) et la globalité des services (les acteurs se rendant davantage compte des lacunes en services de leur réseau, ils décident de les dispenser à même leur budget). De même, l'importance attribuée à la coordination du réseau aurait poussé le système à offrir davantage des services continus (ex. : procédures d'admission interorganisationnelle et de suivi offert par les hôpitaux dans des organismes d'hébergement). La désinstitutionnalisation et la communautarisation des services hospitaliers a aussi connu une relative accélération : les deux hôpitaux de la région disposant d'un bassin de lits de longue durée psychiatrique<sup>5</sup> ont élaboré des plans de services individualisés pour leurs clientèles et l'ensemble des hôpitaux ont reconfiguré leurs services en vue de mieux desservir la communauté. À partir du milieu des années 1990, l'arrimage du PROS au *Plan de transformation du système de santé*<sup>6</sup> accentue ces tendances. Mais, en somme, les effets du PROS sur la réalisation de ses objectifs (tableau 1) sont minimes.

#### *Interaction entre les différents mécanismes de mise en œuvre d'une réforme*

Notre étude de cas met en relief à la fois l'effet structurant des déterminants et des outils de gestion dans l'instauration d'une réforme. Elle témoigne du fait que le PROS a été élaboré selon une procédure technocratique et avec un budget irréaliste, négligeant l'interrelation dynamique entre la formulation et la mise en œuvre d'une planification d'une part et, d'autre part, l'effet du contexte et des acteurs sur la réussite de son implantation. La planification a été conçue uniquement à partir des besoins de la population régionale, et sans tenir compte des possibilités de financement. Cette situation a poussé le PROS à s'apparenter davantage à un outil de développement que de rationalisation et de transformation du système, ce qui avait d'ailleurs été mis en relief par TURGEON et LANDRY (1995). Ainsi s'explique l'atmosphère de collaboration entre les différents distributeurs de services à la phase d'élaboration du PROS (1989-1991). La crise financière qui émerge peu après

---

5. Moins de cent lits sont visés par ces mesures dans la région.

6. Les plans de transformation du système de santé, élaborés dans l'ensemble des régions sociosanitaires en vue de rationaliser les services en fonction d'importantes compressions des dépenses publiques, mettent particulièrement l'accent en santé mentale sur « le virage dans la communauté ».

cette période rend d'autant plus illusoire la possibilité de mettre en œuvre le PROS tel que conçu. Les organisations empruntent dès lors une « stratégie de perturbation » plutôt que de « collaboration » au PROS, lorsqu'elles se retrouvent dans les comités de concertation, afin de récupérer le peu de ressources de développement ou de réallocation allouées au secteur de la santé mentale.

Le PROS visait aussi à modifier l'offre des services en les structurant selon une approche par programmes (ensemble de services intégrés) et d'objectifs de résultats. Cette conception de la structuration du secteur a aussi fait abstraction des conditions existantes permettant le développement de telles approches. Elle a sous-estimé l'importance des « structures organisationnelles et professionnelles », qui bien que devant répondre à l'intérêt de la population, défendent aussi leurs propres intérêts corporatifs. L'une des missions centrales d'une organisation ou d'un corps professionnel est de croître et d'augmenter sa marge de pouvoir et de profits.

Le PROS a aussi sous-estimé les conflits sérieux qui persistent en santé mentale en matière de pratiques et de philosophies d'intervention (champs médical et alternatif), bien illustrés dans les travaux de WHITE et MERCIER (1991) et de LAMOUREUX (1994). Les comités de concertation, principale tactique du déploiement des PROS, ont particulièrement été des lieux de conflits interorganisationnels entre les champs. Les comités de concertation permettent de stimuler le processus de collaboration entre les organisations et de coordination des services, mais ne peuvent enclencher l'intégration des soins et des activités de santé mentale.

L'ensemble des conditions contextuelles, structurelles et stratégiques a ainsi minimisé l'effet plus structurant qu'aurait pu accompagner un tel processus de planification et d'organisation régionale des services de santé mentale. D'après CALLON (1989), toute innovation organisationnelle devrait cependant être perçue comme un produit en émergence qui se perfectionne par son insertion dans un contexte et par son appropriation par les acteurs. La mise en œuvre de nouveaux « outils de gestion » pour réguler un espace social n'est pas facile, puisqu'ils tentent de supplanter les régulations déjà institutionnalisées dans un système. L'importance des modifications envisagées par une réforme et la complexité des outils de gestion mobilisés pour supporter ce dispositif encadrent son processus de développement et ses effets (FLEURY, MERCIER et DENIS, 2002). Vu la portée des transformations planifiées de l'organisation des services et des mécanismes à déployer pour la planification, la mise en œuvre et les effets du PROS ne pouvaient qu'être limités.

#### *Leçons à tirer en vue de la transformation actuelle du système de santé mentale*

Dans le contexte actuel de la transformation des services de santé mentale (MSSS, 1998, 2001a et b), où on insiste sur l'importance de la diversification des services, ainsi que sur la priorité donnée aux services dans la communauté, à l'action intégrée et intersectorielle et à l'appropriation du pouvoir, que pouvons-nous

apprendre de l'expérience des PROS? L'étude de la mise en œuvre de cette première phase de restructuration du système (1989-1997) rappelle d'abord que la transformation d'un système de santé n'est pas facile, puisqu'elle implique une restructuration parallèle dans plusieurs sphères d'activité (ex. : méthodes de gestion et de financement d'un système), aux niveaux décisionnels (national, régional, local et des organisations) et dans les pratiques d'intervention; elle suppose en outre la mobilisation de plusieurs groupes d'acteurs et d'organisations (ex. : corporations professionnelles dont les médecins).

Notre recherche illustre aussi l'importance de la consolidation et de la diversification des outils de gestion en vue de maximiser le développement de la réforme des services de santé mentale. Elle souligne les limites de la planification à restructurer un domaine d'intervention, ce qui concorde avec les conclusions de plusieurs études sur la planification (MINTZBERG, 1994; CAPON, FARLEY et HULBERT, 1994; HILL, 2000). Dans cette logique, l'organisation des services dans le secteur de la santé mentale devrait se rapprocher d'une « structuration matricielle », en accroissant les instruments de soutien à la gestion et à la coordination du système et en formalisant davantage les échanges (GALBRAITH, 1971; DAVIS et LAWRENCE, 1997). Dans cette voie, la comparaison avec les autres régions sociosanitaires met en évidence l'emploi de certains outils de gestion fort intéressants, notamment des dispositifs favorisant des ententes de coordination entre organisations (ex. : plans de coordination de services) et de gestion de cas (ex. : équipes de santé mentale par municipalité régionale de comté, agents de liaison: GAGNÉ et PARENTEAU, 1999). HOGE, 1997; COCOZZA *et al.*, 2000; FLEURY et OUADAHLI, 2002). Plusieurs stratégies ont aussi été proposées pour organiser les services de santé mentale, tant en ce qui concerne la gestion des services que l'intervention clinique, notamment le traitement intensif dans la communauté, la « capitation » et les soins partagés. Enfin, il semble pertinent d'interpeller, dans le processus de restructuration d'un système, à la fois les décideurs (niveaux supérieurs et intermédiaires) et les intervenants de terrain.

\*

\*       \*

Malgré la mise en œuvre et les effets limités de cette première phase de transformation des services de santé mentale, orchestrée par les PROS (1989-1997), ces derniers ont permis de poser les balises d'une gestion régionale en santé mentale et d'une organisation locale de distribution de services mobilisant l'ensemble des ressources intervenant en santé mentale. Les PROS ont aussi contribué au « virage » vers le déploiement d'une gamme de services plus diversifiés et dispensés dans la communauté. Particulièrement, les organismes communautaires et les activités de

réadaptation et réintégration sociale, d'entraide aux usagers et aux familles, de crise et de promotion et protection de la personne ont été consolidés.

Au-delà des fonctions rationnelles permettant l'atteinte des objectifs, la planification joue un rôle essentiel de soutien dans la transformation, assumant des fonctions d'information, de communication, de direction et de contrôle (LANGLEY, 1988, 1989). En ce sens, les PROS ont servi de catalyseur de la transformation, mobilisant et apprivoisant les différentes organisations à une logique d'articulation des services en « réseaux locaux intégrés de services de santé mentale », logique dont s'emprennent les plus récentes orientations ministérielles (MSSS, 1998, 2001a et 2001b ; FLEURY et MERCIER, 2002). Somme toute, la planification joue un rôle de premier plan dans la transformation des systèmes, mais son rôle est fortement limité s'il n'est pas accompagné de différents dispositifs permettant de modifier les régulations d'un système.

Marie-Josée FLEURY

*Département de psychiatrie,  
Université McGill.*

Jean-Louis DENIS

*Département d'administration de la santé,  
Université de Montréal.*

Claude SICOTTE

*Département d'administration de la santé,  
Université de Montréal.*

Céline MERCIER

*Centre de réadaptation Lisette-Dupras,  
Université de Montréal.*

## BIBLIOGRAPHIE

BARLEY, Stephen R.

1990 « Images of imaging : Notes on doing longitudinal field work », *Organization Science*, 1, 3 : 220-247.

BENSON, J. Kenneth

1975 « The interorganizational network as a political economy », *Administrative Science Quarterly*, 20, 2 : 229-249.

BERRY, Michel

1983 *Une technologie invisible ? L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains*, Paris, Centre de recherche en gestion, École Polytechnique.

BOURDIEU, Pierre

- 1975 « La spécificité du champ scientifique et les conditions sociales du progrès de la raison », *Sociologie et sociétés*, 7, 1 : 91-118.

BRACHET, Philippe

- 1995 « Problématique du partenariat de service public », *Politiques et Management public*, 13, 1 : 87-105.

CALLON, Michel

- 1989 *La Science et ses réseaux*, Paris, La Découverte, 66-116.

CALLON, Michel et John LAW

- 1989 « La protohistoire d'un laboratoire », dans : Michel CALLON (dir.), *La science et ses réseaux*, Paris, La Découverte, 66-116.

CAPON, Noël, John U. FARLEY et James M. HULBERT

- 1994 « Strategic planning and financial performance : More evidence », *Journal of Management Studies*, 31, 1 : 105-119.

CHIN, Robert et Kenneth D. BENNE

- 1991 « Stratégies générales pour la production de changements dans les systèmes humains », dans : Roger TESSIER et Yvan TELLIER (dirs), *Théories du changement social intentionnel. Participation, expertise et contrainte*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 2-33.

COCOZZA, Joseph J., Henry J. STEADMAN, Deborah L. DENNIS, Margaret BLASINSKY, Frances L. RANDOLPH, Matthew JOHNSEN et Howard GOLDMAN

- 2000 « Successful systems integration strategies : The access program for persons who are homeless and mentally ill », *Administration and Policy in Mental Health*, 27, 6 : 395-407.

COHEN, Michael D., James G. MARCH et Johan P. OLSEN

- 1972 « A garbage can model of organizational choice », *Administrative Science Quarterly*, 17, 1 : 1-25.

Conseil régional de la santé et des services sociaux (CRSSS) de la Montérégie

- 1991 *Plan régional d'organisation des services en santé mentale*.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre

- 1996 « Transformer le système de santé », *Ruptures. Revue transdisciplinaire en santé*, Montréal, Université de Montréal, GRIS, 3, 1 : 10-17.

DAVIS, Steven M. et Paul R. LAWRENCE

- 1997 *Matrix*, Boston, Addison-Wesley.

DiMAGGIO, Paul J. et Watter W. POWELL

- 1991 *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago, Chicago University Press.

DONABEDIAN, Avedis

1973 *Aspects of Medical Care Administration*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press.

DRAZIN, Robert et Andrew H. VAN DE VEN

1985 « Alternative forms of fit in contingency theory », *Administrative Science Quarterly*, 30 : 514-539.

FLEURY, Marie-Josée, Céline MERCIER et Jean-Louis DENIS

2002 « Regional planning implementation and its impact on integration of a mental health care network », *The International Journal of Health Planning and Management*, 17, 4 : 1-19.

FLEURY, Marie-Josée et Céline MERCIER

2002 « Integrated local networks as a model for organizing mental health services », *Administration and Policy in Mental Health*, 30, 1 : 55-73.

FLEURY, Marie-Josée et Youcef OUADAHI

2002 « Stratégies d'intégration, régulation et moteur de l'implantation de changement », *Santé mentale au Québec*, 27, 2 : 16-36.

FLEURY, Marie-Josée, Jean-Louis DENIS, François CHAMPAGNE et Raynald PINEAULT

2001 « Conditions d'implantation d'une réforme. Institutionnalisation des champs impliqués dans le traitement du SIDA », *Recherches sociographiques*, XLII, 3 : 517-541.

GAGNÉ, Magalie et Jean-Luc PARENTEAU

1999 « Équipe MRC : nouvelle configuration des équipes de réinsertion en santé mentale », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 18, 2 : 89-111.

GALBRAITH, Jay R.

1971 « Matrix organization designs », *Business Horizons*, 14, 1 : 29-40.

GREENWOOD, Royston et C.R. HININGS

1993 « Understanding strategic change : The contribution of archetypes », *Academy of Management Journal*, 36, 5 : 1052-1081.

1996 « Understanding radical organizational change : Bringing together the old and the new institutionalism », *Academy of Management Review*, 21, 4 : 1022-1054.

HAMEL, Pierre

1993 « Contrôle ou changement social à l'heure du partenariat », *Sociologie et sociétés*, XXV, 1 : 173-188.

HILL, Peter S.

2000 « Planning and change : A Cambodian public health case study », *Social Science & Medicine*, 51 : 1711-1722.

HOGE, Michael A. et Richard A. HOWENSTINE

1997 « Organisational development strategies for Integrating mental health services », *Community Mental Health*, 33, 3 : 175-187.

HOGE, Michael A., Larry DAVIDSON, Ezra E.H.GRIFFITH, William H. SLEDGE et Richard A. HOWENSTINE

1994 « Defining managed care in public-sector psychiatry », *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 11 : 1085-1089.

LAMOUREUX, Jocelyne

1994 *Le partenariat à l'épreuve*, Montréal, Éditions Saint-Martin.

LANGLEY, Ann

1988 « The roles of formal strategic planning », *Long Range Planning*, 21, 3 : 40-49.

1989 « In search of rationality : The purposes behind the use of formal analysis in organizations », *Administrative Science Quarterly*, 34 : 598-631.

MAYER, Paul

1980 « Techniques de gestion et analyse des institutions », *Économies et sociétés*. (Sciences de gestion, 2.)

MERCIER, Céline et Deena WHITE

1995 « La politique de santé mentale et la communautarisation des services », *Santé mentale au Québec*, XX, 6 : 17-30.

Ministère des Affaires sociales (MAS)

1989 *La Politique de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

1997a *Bilan d'implantation de la Politique de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec.

1997b *Orientations pour la transformation des services de santé mentale - Document de consultation*, Québec, Gouvernement du Québec.

1998 *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec.

2000 *Commission d'étude sur les services de santé et les services*, Rapport et recommandations, Commission Clair, Québec, Gouvernement du Québec.

2001a *Transformation des services de santé mentale. État d'avancement du plan d'action de décembre 1998*, Québec, Gouvernement du Québec.

2001b *Accentuer la transformation des services de santé mentale. Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000*, Québec, Gouvernement du Québec.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Comité de la santé mentale et Marc GRENIER
- 1985 *Santé mentale... Direction de l'an 2000*, Document de planification en santé mentale produit à partir des avis du Comité de la santé mentale du Québec dans la perspective d'une prise de décision.
- MINTZBERG, Henri
- 1994 *The Rise and Fall of Strategic Planning*, New York, The Free Press.
- NEWMAN, Mike et F. NOBLE
- 1990 « User involvement as an interaction process : A case study », *Information Systems Research*, 89-113.
- OLIVER, Christine
- 1992 « The antecedents of deinstitutionalization », *Organization Studies*, 13, 4 : 563-588.
- PETTIGREW, Andrews
- 1985 « Examining change in the long-term context of culture and politics », dans : Johannes M. PENNINGTS *et al.* (dirs), *Organizational Strategy and Change*, London, Jossey-Bass, 269-319.
- PINEAULT, Raynald et Carole DAVELUY
- 1995 [1986] *La planification de la santé. Concepts, méthodes et stratégies*, Montréal, Éditions Nouvelles.
- PROVAN, Keith G. et H. Brinton MILWARD
- 1995 « A preliminary theory of interorganizational network effectiveness: A comparative study of four community mental health systems », *Administrative Science Quarterly*, 40 : 1-33.
- QUINN, James Brian
- 1992 « Managing strategic change », *Sloan Management Review*, 21, 4 : 3-20.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
- 1994a *Procès-verbal de deux réunions extraordinaires du comité tripartite en santé mentale*, 19 octobre et 2 novembre, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- 1994b *Document dans le cadre du bilan de l'implantation de la Politique de santé mentale*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
- 1994c *Plan régional d'organisation de services en santé mentale (PROS) : synthèse et mise en place du PROS*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
- 1996 *Portraits sous-régionaux préparés dans le cadre du plan de réorganisation du réseau 1997-2000*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

RODGERS, Robert et John E. HUNTER

1992 « A foundation of good management practice in government: Management by objectives », *Public Administration Review*, 52, 1 : 27-39.

TURGEON, Jean et Réjean LANDRY

1995 « Les plans régionaux d'organisation de services de santé et services sociaux au Québec : un dispositif de mise en cohérence de l'action publique ? », *Revue Politique et Management public*, 13, 4 : 115-130.

WHITE, Deena et Céline MERCIER

1991 « The coordination of community and public. Institutional mental health services. Some unintended consequences », *Social Science and Medicine*, 33, 6 : 729-739.

YIN, K. Robert

1994 *Case Study Research. Design and Methods*, Newbury Park, Californie, Sage Publications.