

Bilan de la mise en oeuvre et des effets des plans régionaux d'organisation des services (PROS) comme stratégies d'implantation de la réforme des services de santé mentale au Québec

Implementation and effects of regional plans of organization of services as a strategy implementing the mental health care reform in Québec: an assessment

Balance de la instauración y de los efectos de los programas regionales de organización de servicios (PROS) como estrategias de implantación de la reforma de los servicios de salud mental en Quebec

Marie-Josée Fleury and Jean-Louis Denis

Les désastres naturels
Volume 25, Number 1, Spring 2000

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/013032ar>
DOI: <https://doi.org/10.7202/013032ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)
Revue Santé mentale au Québec

ISSN
0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Fleury, M.-J. & Denis, J.-L. (2000). Bilan de la mise en oeuvre et des effets des plans régionaux d'organisation des services (PROS) comme stratégies d'implantation de la réforme des services de santé mentale au Québec. *Santé mentale au Québec*, 25(1), 217-140. <https://doi.org/10.7202/013032ar>

Article abstract

As a main strategy of implementation of the new mental health policy (MSSS, 1989), regional plans of organization of services (RPOS) are put into effect in every region in Québec. This exercise in planning activities and mental health care aims at democratizing, decentralizing and redesigning the mental health system according to more diversified services. These RPOS also aim at improving integration of health care services, related activities as well as efficiency of this network. With a case study carried out in the Montérégie region and a descriptive analysis conducted in other regions, this article evaluates the validity and potential that these RPOS modify the mental health system along the lines of the new policy. The authors conclude to the relative structuring power of the planning instrument to regulate and transform organization of services given the scope of goals and its context of development. The article also questions the process of planning, decentralization and coordination related to the intervention. In a context where change is strongly claimed, strategies and mechanisms aiming at consolidating regional management are yet to be completed.



Bilan de la mise en œuvre et des effets des plans régionaux d'organisation des services (PROS) comme stratégies d'implantation de la réforme des services de santé mentale au Québec

Marie-Josée Fleury*

Jean-Louis Denis**

Comme principale stratégie d'implantation de la *Politique de santé mentale* (PSM, MSSS, 1989), des plans régionaux d'organisation de services (PROS) sont mis en œuvre dans l'ensemble des régions sociosanitaires du Québec. Cet exercice de planification des activités et des soins de santé mentale vise à démocratiser, décentraliser et reconfigurer le système de santé mentale en fonction d'une gamme plus diversifiée de services. Les PROS entendent aussi améliorer l'intégration des soins et des activités et l'efficacité de ce réseau sociosanitaire. Par une étude de cas réalisée en Montérégie et une analyse descriptive effectuée dans les régions sociosanitaires du Québec, cet article apprécie la validité et la potentialité des PROS à modifier le système de santé mentale suivant les enjeux de la PSM. Il conclut au pouvoir relativement structurant de l'outil de planification à réguler et à transformer l'organisation des services, étant donné l'envergure des objectifs qu'il poursuit et son contexte de développement. Il amène aussi à questionner les processus de planification, de décentralisation et de coordination qui configurent l'intervention. Dans un contexte où la demande sociale est forte pour le changement, les stratégies et les mécanismes en vue de consolider la gestion régionale sont toutefois à parfaire.

La *Politique de santé mentale* (PSM, MSSS, 1989) suivie du *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* (1998) tracent les principales orientations de la restructuration du système de santé mentale au Québec. Le modèle de réseaux locaux in-

* Ph.D., santé publique, Chercheure postdoctorale, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Division de la recherche psychosociale.

** Ph.D., Santé communautaire, professeur agrégé; Département d'administration de la santé et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal.

Remerciements

Les auteurs remercient le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS) pour son soutien financier ainsi que l'ensemble des participants de cette recherche, particulièrement messieurs Michel Gonthier et Hung Nguyen de la Régie régionale de la Montérégie.

tégrés de services de santé mentale, qui se définit comme un espace d'offre de soins et d'activités varié et continu, dispensé majoritairement dans la communauté par un ensemble de distributeurs coordonnant leurs services et tenus imputables de l'efficacité et de la pertinence du système et des résultats relatifs à la santé des personnes, s'impose progressivement comme le référent de la réorganisation de ce secteur des services sociosanitaires. Ce modèle se fonde sur la reconnaissance d'une interdépendance forte des acteurs et des organisations impliqués dans un domaine d'intervention. Selon plusieurs auteurs, il apparaît comme le plus efficace et pertinent pour améliorer le bien-être des personnes aux prises avec des troubles graves de santé mentale (Ross, 1979 ; Conrad, 1993 ; Gilles, 1993 ; Shore et Cohen, 1990 ; Bolland et Wilson, 1994). D'une logique fortement technocratique et professionnelle, le système devrait ainsi être régulé par une logique politique, c'est-à-dire planifié en concertation avec les différents distributeurs du milieu local et considérant la communauté comme une composante centrale de ce dispositif.

C'est à partir de la *Politique de santé mentale* que ce modèle est introduit, et il s'opère sur le plan régional via la mise en œuvre de plans régionaux d'organisation de services de santé mentale (PROS.SM). Ces derniers sont définis par le ministère (MSSSQ, 1987, 5) comme des processus de planification « au carrefour ou à la jonction des orientations et priorités ministérielles et des besoins des communautés d'une part, et des ressources publiques disponibles et des efforts communautaires, d'autre part ». Ils s'appuient sur l'implantation d'une approche par programmes¹ et par objectifs/résultats² et sur des processus de concertation/coordination, d'information/évaluation et de formation ainsi que sur l'élaboration de différents modèles de dispensation de services dans la communauté, visant la réduction des hospitalisations et l'amélioration de la qualité de vie des personnes. Pour la plupart des régions, la période d'élaboration des PROS.SM s'étale entre 1989 et 1991. L'exercice de planification, conduit par les régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS), est systémique et formalisé (les documents PROS.SM ont presque tous plus de 200 pages), imprégné des différentes étapes de ce processus : planification stratégique, tactique et opérationnelle (Pineault et Daveluy, 1986, 1995). Avec les PROS.SM, le rôle des acteurs organisationnels autres que ceux qui exercent en milieu psychiatrique est aussi renforcé dans la planification et la gestion des services, puisque des acteurs-clés des groupes communautaires et de l'intersectoriel (municipalités, commissions scolaires, etc.) siègent en nombre paritaire, avec ces derniers, dans les comités de concertation des instances régionales.

Les PROS.SM poursuivent des objectifs technocratiques, démocratiques et de structuration des services (voir le tableau 1). Ils entendent parfaire les connaissances du réseau sous l'angle des besoins de la clientèle et de la distribution des soins et des activités en santé mentale. Dans le but d'améliorer l'efficacité du système, la pertinence et la qualité des services, les mandats des acteurs y sont précisés selon la gamme de services ; des objectifs et des résultats pour le réseau y sont identifiés et un système d'évaluation y est développé. La rationalisation du système de santé mentale devrait ajuster le réseau aux besoins de la clientèle, diminuer les duplications de services et améliorer l'équité intrarégionale, interrégionale et interprogramme. Les PROS.SM visent à reconnaître une gamme de services plus diversifiée, majoritairement de type communautaire avec des pôles de spécialisation. L'accent est aussi mis sur la coordination des services et l'établissement de services continus. Les PROS.SM sont ainsi des outils de gestion complexes et dynamiques, qui dépassent largement la méthode classique de la planification des soins et des activités en santé. Autre qu'une rationalisation des services, ils visent une transformation de l'offre des soins et la recherche de l'autonomie régionale par une meilleure redistribution de la richesse collective.

Tableau 1
Objectifs du PROS.SM

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

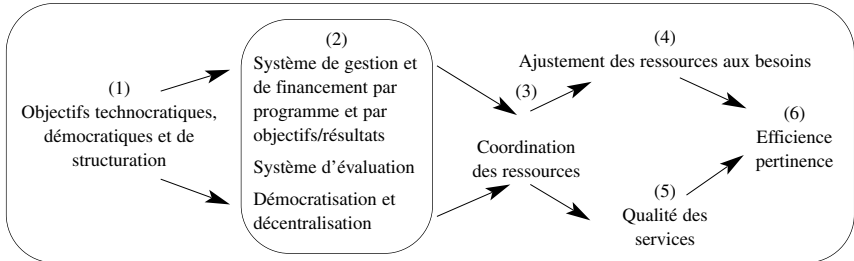
Au tournant des années 1980/1990, les PROS.SM ont donc été la principale stratégie de reconfiguration des systèmes régionaux de santé mentale. Les plans de transformation des réseaux régionaux pour le volet de la santé mentale, introduits au milieu de la décennie suivante, renforceront les orientations de réforme soutenues par ces derniers et réactualiseront les planifications au contexte socio-économique. Malgré le rôle capital anticipé par les PROS.SM dans la restructuration du secteur de la santé mentale, peu de recherches ont été consacrées à l'examen de l'impact de cet outil de gestion dans la rencontre des orientations tracées par la PSM. Dans le contexte de la publication du *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* (1998), il importe de réfléchir sur les stratégies et mécanismes déployés lors de cette première phase de transformation des services. Cet article propose ainsi de résumer les principales conclusions d'une étude ayant traité de l'impact des PROS sur l'implantation de la PSM. Nous présenterons d'abord brièvement les objectifs et la méthodologie de cette investigation. Nous poursuivrons avec les résultats de recherche : 1) mise en œuvre de l'intervention, 2) impact de la mise en œuvre des PROS.SM sur la structuration des réseaux régionaux de santé mentale et 3) implication des résultats de recherche pour l'organisation des services de santé mentale et le processus de planification et d'évaluation de ce système.

Méthodologie de la recherche

D'un point de vue théorique, la recherche sur la planification régionale du programme de santé mentale visait à mieux cerner les processus de réforme et le rôle des outils de gestion et de la planification dans la transformation des systèmes sociosanitaires. Le modèle théorique élaboré pour évaluer la mise en œuvre et les effets de l'intervention PROS.SM s'appuie sur une articulation du modèle théorique du programme (Chen, 1990). Le modèle du programme consiste à expliciter les liens logiques entre les différentes composantes d'une intervention (moyens, processus, résultats) et ses objectifs. La figure 1 présente cette modélisation de l'évaluation des PROS.SM. Les programmes régionaux poursuivent un ensemble d'objectifs qui devraient être rencontrés grâce à l'implantation de moyens ou de processus de production de services. L'intervention vise à augmenter la coordination des ressources ou des producteurs de services, ce qui devrait éventuellement jouer sur la qualité des services et ultimement sur leur pertinence et leur efficience. L'outil devrait aussi permettre un ajustement des ressources aux besoins de la clientèle.

Figure 1
Modélisation de l'évaluation des composantes des PROS.SM

Environnement socio-économique/système de santé mentale



Ce modèle articule la relation entre le déploiement des PROS.SM et leurs effets autour du principe de coordination latérale, c'est-à-dire d'un modèle de gestion matricielle. L'évaluation tient compte de l'environnement socio-économique et de la dynamique propre au secteur de la santé mentale, spécifiquement de la structuration du pouvoir et de la culture et des processus d'institutionnalisation et d'interaction qui agissent sur la mise en œuvre de l'intervention.

Pour procéder à l'évaluation de la mise en œuvre et des effets des PROS.SM, une étude de cas en Montérégie et une enquête descriptive dans les régions sociosanitaires du Québec ont été réalisées (à l'exception des territoires du Nord du Québec, du Nunavik et de la Baie-James). L'étude de cas est la stratégie de recherche la plus souvent utilisée pour mener une analyse d'implantation parce qu'elle permet de prendre largement en compte la complexité des situations, la dynamique des processus ainsi que les points de vue différents des acteurs sociaux (Patton, 1990; Denis et Champagne, 1990). L'enquête descriptive permet ici d'obtenir une représentation transversale des caractéristiques des différentes régions et du degré de mise en œuvre d'un modèle intégré de distribution des services. L'analyse s'appuie sur une mise en contexte du processus d'implantation du PROS.SM à partir d'une recension des écrits substantielle de sources primaires (procès-verbaux, correspondances, documents administratifs, orientations et politiques régionales et ministérielles, etc.) et secondaires (concernant la santé mentale et la théorie organisationnelle). La source principale de données consiste en un nombre important d'entretiens (n=160) majoritairement effectués en Montérégie (n=143) auprès d'une diversité d'acteurs à tous les niveaux d'intervention : intervenants et gestionnaires des établissements et des organismes communautaires interagissant dans ce secteur, acteurs du milieu intersectoriel mobilisés dans la planification régionale, clientèle et proches des services et gestionnaires

des RRSSS. Les répondants ont été sélectionnés à partir d'une stratégie d'échantillonnage qualifiée d'intentionnelle (Patton, 1990). Nous avons procédé à une analyse synchronique, diachronique et parallèle des données. La collecte des données, articulée en sept périodes, a eu lieu de février 1995 à juin 1997. Cette façon de procéder a permis de cerner le développement de la planification et son impact d'une façon dynamique. Elle a aussi contribué à augmenter la validité des inférences, puisque l'interprétation des données est vérifiée auprès d'informateurs successifs³.

Résultats de la recherche

Mise en œuvre de l'intervention PROS.SM

De plus en plus, la planification à la base d'un changement stratégique tend à être envisagée comme un processus incrémentiel qui s'élabore et s'implante dans un même temps et graduellement. Cette forme de planification permet de consolider l'expertise et la crédibilité des protagonistes d'une réforme, de mieux intégrer les décisions à l'évolution du contexte, de travailler progressivement sur les résistances aux changements (les zones d'opposition) et aux individus de mieux comprendre l'impératif de la réorganisation et de modifier leurs pratiques en ce sens. Étant davantage interprétée comme une forme de négociation des enjeux du changement, le support politique d'une planification et sa légitimité se retrouvent améliorés (Pettigrew, 1985; Quinn et College, 1992; Mintzberg, 1994). De part l'exhaustivité du processus et l'ampleur des enjeux, les PROS.SM apparaissent ainsi désuets, particulièrement pour leur volet opérationnel (planification financière, moyens d'atteindre les objectifs...). La planification devrait davantage être conçue dans une perspective « préventive », c'est-à-dire inciter sur une base régulière à la mise à jour des situations et des contextes, des problématiques, des besoins et des orientations de services, etc. (Fricke et Labour, 1990). Par ailleurs, les PROS.SM ont d'abord été des exercices de développement des ressources, visant une meilleure équité interrégionale et interprogramme et l'autonomie régionale. Bien qu'essentiel et encadrant les possibilités de reconfiguration des réseaux régionaux, cet objectif a limité le processus de transformation et de rationalisation du système de santé mentale.

Les instruments de support de la gestion des PROS.SM ont aussi été insuffisants ou inadéquats pour réorganiser le système. Notamment, l'approche par programmes, employée pour plus d'une finalité, est une notion ambiguë (MSSS-RRSSS, 1994; Pineault et Daveluy, 1995; Fleury et al., à paraître). Bien qu'elle soit introduite au niveau régional, les établissements publics ne sont pas subventionnés par programmes et n'élaborent pas leurs rapports financiers et d'activités selon cette modalité. La gestion

par objectifs/résultats fait aussi défaut. Il n'y a pas nécessairement une standardisation dans le système entre les objectifs organisationnels poursuivis et ceux du système régional (PROS.SM) ; des outils relatifs aux mesures de résultats sont également à élaborer. Les systèmes d'information sont également peu adéquats pour la gestion régionale et par programmes : il existe « très peu de données pour évaluer les besoins des clientèles et les services offerts (MSSS, 1996, 23) ». Aucun système d'information clinique régional en santé mentale n'a de plus été implanté. Les instances régionales s'avèrent ainsi peu outillées pour l'évaluation surtout pour effectuer des évaluations mesurant l'efficacité du système. À l'exception de suivis au sujet de l'emploi des fonds de développement alloués par les PROS.SM, peu d'évaluations ont été effectuées. La faiblesse de l'évaluation, presque partout en région, est d'ailleurs mise en relief par *Le bilan d'implantation de la PSM* (1997). Les comités de concertation jouent néanmoins un rôle important comme support informatif de l'évolution du réseau et de sa concordance aux objectifs des PROS.SM.

Les modalités d'organisation de la participation régionale et de la coordination des services à la rencontre des orientations de la planification sont aussi à développer. À ce stade-ci, le réseau de la santé mentale semble difficilement mobilisable car les acteurs ont encore peu de vision et d'intérêt communs (Knights et al., 1993). D'importants conflits existent entre les acteurs organisationnels, spécifiquement entre les CH et les ressources alternatives, mais aussi entre les CH et les CLSC. Le support des CH, de l'intersectoriel et des médecins aux orientations de la planification régionale est aussi loin d'être entièrement acquis. Pour changer les pratiques d'intervention, la formation a été l'une des stratégies de modification des réseaux. Une bonne collaboration interorganisationnelle (CIO) exigerait toutefois une certaine équité des ressources dans un réseau et l'existence d'idéologies compatibles entre les organisations (Pettigrew, 1985). Les acteurs organisationnels seraient aussi plus stimulés à former une CIO quand ils sont complémentaires pour leurs services (Cook, 1977). La coordination des activités dans un réseau complexe et divergent demanderait aussi une certaine formalisation des échanges et une relative centralisation de la prise de décision (Lawless et Moore, 1989). Le réseau de la santé mentale apparaît plutôt flou sous l'angle des mandats des acteurs et des modalités de leurs relations (MSSS, 1997a) et les instances régionales ont un pouvoir relatif en matière de prise de décision et peu de possibilité de sanction (Turgeon et Landry, 1995 ; Turgeon et Lemieux, 1999).

Pour renforcer l'intégration clinique de leurs réseaux, les régions sociosanitaires ont valorisé plusieurs formes de coordination interorganisationnelle que nous avons regroupées en six modèles : 1) les fusions,

2) la gestion de cas, 3) les ententes de coordination, 4) les tables ou les comités de concertation, 5) les programmes conjoints et 6) les références (voir le tableau 2). L'utilisation de tables ou de comités de santé mentale est le modèle prédominant. Toutes les régions possèdent, en fait, au moins une table de concertation en santé mentale au niveau régional et/ou local (sous-régions ou MRC). Les tables sous-régionales servent généralement de support au processus de décentralisation développé dans les régions ayant pris ce parti ; la table régionale, comme unique structure participative en santé mentale, se retrouve davantage l'option de la région étant peu avancée dans ce processus. L'utilisation des tables est perçue comme améliorant la démocratisation et la coordination du système et maximisant la potentialité d'actualisation des objectifs de la planification puisque les preneurs de décisions sont aussi les responsables de l'introduction des changements (Callon et Latour, 1985/1986 ; Callon et al., 1989). Cependant, ces structures s'avèrent surtout efficaces si elles sont jumelées à d'autres formes de coordination.

Tableau 2
**Modèles de coordination interorganisationnelle
 des services de santé mentale**

Fusion :	<ul style="list-style-type: none"> • par secteurs : CHSCD, CHSLD, CHPSY, CLSC • entre départements de psychiatrie de CHSCD et CHPSY • entre CHPSY • entre départements de psychiatrie • entre CLSC
Gestion de cas :	<ul style="list-style-type: none"> • équipes de réadaptation/réintégration sociales • équipes fonctionnelles • groupes de coordination administrative/clinique • consortium administratif/clinique • maîtres d'œuvre • gestionnaires de cas • suivi intensif dans la communauté • personnes/établissements
Tables ou comités :	<ul style="list-style-type: none"> • structure régionale de santé mentale • structure sous-régionale/par MRC de santé mentale • structure sous-régionale/par MRC multiprogramme
Ententes de coordinaion :	<ul style="list-style-type: none"> • PLOS • plans sous-régionaux de coordination • protocoles d'entente • système d'information clinique • monitoring
Programmes conjoints :	<ul style="list-style-type: none"> • CH/organismes communautaires • CLSC/organismes communautaires • CH/CLSC • intragroupes organisationnels (CLSC, CH, organismes communautaires...) • organisations en santé mentale/intersectoriel
Références :	<ul style="list-style-type: none"> • CH/organismes communautaires • CLSC/organismes communautaires • CH/CLSC • intragroupes organisationnels (CLSC, CH, organismes communautaires...) • organisations en santé mentale/intersectoriel

Les références, les fusions et les ententes de coordination sont les modèles rapportés ensuite comme les plus communs. Les références, réalisées entre différentes organisations, se traitent surtout sur un mode informel. De plus en plus de fusions s'effectuent entre organisations d'un même réseau afin de rationaliser l'offre des services. Les plus courantes se font entre les départements de psychiatrie des centres hospitaliers de soins de courte durée (CHSCD) ou entre ces derniers et les centres hospitaliers psychiatriques (CHPSY). Quelques cas de fusion entre CHSCD, centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) et CLSC et entre CLSC ont été signalés. Afin d'améliorer leur coordination et de se partager les frais de fonctionnement, quelques expériences de regroupement de ressources communautaires dans les mêmes établissements ont aussi été rapportées. Selon Turgeon et Sabourin (1996), il demeure difficile d'évaluer l'impact des fusions car peu d'évaluations de tels processus ont été rédigées.

Le modèle d'ententes de coordination comprend : les plans locaux d'organisation de services (PLOS), les plans sous-régionaux de coordination, les protocoles d'entente et les systèmes de monitoring. Moins du tiers des régions ont mis en œuvre la formule des PLOS. Les PLOS sont grosso modo à l'espace local ce que sont les PROS sur le plan régional. Ce sont, en effet, des « mini PROS », traçant un bref portrait des problèmes et des services offerts en santé mentale dans une sous-région ou une MRC, des priorités d'actions et des lignes d'opérationnalisation de la rencontre de ces dernières. Un pouvoir amplifié de planification et de coordination des services de santé mentale est donc octroyé aux sous-régions qui ont fait de tels exercices. Une région a mis de l'avant la formule d'élaboration de plans de coordination afin d'arrimer ses services de santé mentale sur le plan local. Les acteurs locaux ont ainsi à formaliser dans un plan leur participation à l'intégration des services et les modalités de leur coordination au secteur. La technique des protocoles d'entente, visant à coordonner les services de différentes ressources, est relativement courante. Elle serait surtout jugée efficace quand elle vient formaliser une pratique de coordination de services déjà bien établie. Les systèmes de monitoring font référence à la formation/supervision entre personnel de différentes organisations (par exemple, des psychiatres encadrant des intervenants de CLSC). Ils ont été peu déployés ; pour les régions qui en sont pourvues, ils demeurent très précaires à cause des difficultés dans les relations interorganisationnelles et de barrières administratives (notamment le paiement à l'acte).

Plusieurs formes de coordination interorganisationnelle sont regroupées dans le modèle de gestion de cas. La formule la plus courante

est d'attribuer une fonction de coordination interorganisationnelle à un individu d'une organisation qui est mandaté de référer la clientèle à d'autres établissements ou organismes d'un réseau. Certaines régions ont introduit un système de cas litigieux (mésentente sur le traitement d'un individu), dont la responsabilité est confiée à un acteur. Les autres formes de coordination interorganisationnelle de ce modèle se retrouvent au plus dans deux territoires régionaux. L'équipe de réadaptation/réintégration sociale, formée d'intervenants de départements de psychiatrie, de CLSC et d'organismes communautaires, a comme fonction d'arrimer conjointement les services pré et post-hospitaliers d'une MRC. Les membres des équipes restent attachés à leur institution mais doivent répondre primordialement aux enjeux du réseau. La formule d'équipes fonctionnelles rassemble des intervenants de différentes organisations d'un réseau local, gardant leur appartenance institutionnelle, mais alliant leurs efforts pour la rencontre d'objectifs particuliers et communs. Une équipe peut notamment être constituée pour intervenir en milieu scolaire, une autre auprès d'une clientèle d'un quartier particulier, etc. La coordination sous-régionale clinique et/ou administrative fait référence à des services distribués et/ou organisés par des acteurs n'ayant pour attache institutionnelle que le réseau sous-régional de dispensation des services de santé mentale. L'équipe véhicule ainsi à travers les organisations du système sous-régional. Le modèle du consortium administratif et clinique est relatif à la désignation d'un gestionnaire des services pour une localité. Ce dernier s'occupe de planifier l'organisation des soins et des activités d'une sous-région et d'en arrimer la dispensation. À cette fin, des rencontres entre acteurs de différentes organisations sont singulièrement initiées pour discuter de cas cliniques et arrimer les services. La coordination interorganisationnelle peut également être réalisée sous la formule des maîtres d'œuvre, c'est-à-dire qu'ici, un établissement, un hôpital psychiatrique ou un département de psychiatrie, arrime les services de son territoire local et fournit une expertise clinique d'appui à ses partenaires. Enfin, les programmes conjoints, peu valorisés comme pratiques d'organisation des activités en santé mentale, relèvent de la dispensation d'un programme (par exemple, d'intervention en situation de crise) entre partenaires de différentes organisations.

Impact de la mise en œuvre des PROS.SM sur la structuration des réseaux régionaux de santé mentale

La consolidation insuffisante des PROS.SM, l'influence d'un contexte structurel plus ou moins favorable et l'impact de stratégies qui n'ont pas adéquatement intéressé les acteurs ont encouragé majoritaire-

ment la production d'effets intermédiaires, c'est-à-dire « des effets qui augmentent la connaissance et encouragent les échanges entre acteurs sans modifier substantiellement, à court terme du moins, la nature des services offerts à la clientèle (Champagne et al., 1995, 33) ». Ainsi, les PROS.SM ont principalement eu comme impact d'établir les balises d'une gestion régionale et d'un mouvement de reconfiguration. Depuis l'avènement des PROS.SM, la démarche de planification s'inscrit davantage dans une logique de type politique. Les établissements et les organismes communautaires structurent plus leurs services en réseaux, soit en fonction de l'organisation de l'offre des soins et des activités régionales et locales. Les services sont donc plus accessibles, coordonnés, dispensés dans la communauté et couvrent la gamme de services, répondant davantage aux besoins de la population. Vu la portée des transformations planifiées de l'organisation et de la distribution des services et des mécanismes à déployer supportant les PROS.SM, l'actualisation de la réforme des services de santé mentale devrait en fait être considérée comme un processus incrémentiel (Ramaprasad, 1982 ; Greenwood et Hinnings, 1996).

Spécifiquement, les PROS.SM ont surtout favorisé la consolidation des organismes communautaires et des activités de réadaptation/réintégration sociales, d'entraide aux usagers et aux familles, de crise et de promotion/protection de la personne. Les activités données en santé mentale par les CLSC ont de même été renforcées dans plusieurs régions sociosanitaires. Par exemple, dans certains territoires, les services des cliniques externes des CH ont été transférés aux CLSC et les centres de jour, aux organismes communautaires. Le modèle le plus fréquemment utilisé en CLSC est celui des équipes de base en santé mentale ; certains territoires y ont aussi développé des postes de gestionnaires de cas. Différents modèles de suivi des clientèles dans la communauté où les CH jouent un rôle important ont également été implantés. Une certaine rationalisation dans l'hospitalisation des patients a ainsi été effectuée (Lecomte, 1997).

L'introduction de fonds de développement et/ou de réallocation (provenant de la PSM, de la dissociation avec un territoire régional, etc.) et certaines prises de position politique dans plus d'une RRSSS ont donc permis à certaines régions sociosanitaires de changer plus sensiblement la configuration de leur système de santé mentale (environ le tiers des régions sociosanitaires : Fleury, 1998). *Le Bilan d'implantation de la PSM* (1997) et notre recherche en Montérégie auprès d'usagers du réseau soulignent que la rencontre des besoins des personnes est cependant loin d'être satisfaisante en matière d'hébergement, en services de

crise, de réadaptation/réintégration sociales (recherche d'emploi, formation, suivi communautaire, activités récréatives...), etc. Actuellement, les dépenses de santé mentale pour l'ensemble de la province sont encore effectuées majoritairement dans les services d'hospitalisation (en 1997-1998, 59% des dépenses y sont allouées : MSSS, 1998). Seulement une ou deux régions auraient établi un système de santé mentale dont les services communautaires sont davantage prédominants.

D'une façon générale, les régions qui ont le plus modifié leurs réseaux régionaux de santé mentale évaluent plus positivement la qualité de l'offre de leurs services (il s'agit d'une mesure perceptuelle de la qualité des services). En effet, notre analyse met en relief une relation causale entre certaines variables mesurant l'établissement de réseaux de santé mentale. Un niveau de décentralisation plus important favoriserait la diversification des modes de coordination, laquelle pousserait à intensifier la coordination des interventions en santé mentale. L'ensemble de ces composantes ainsi qu'une meilleure adéquation des rôles des différents acteurs et organisations au modèle de distribution des services en réseaux auraient ainsi des effets significatifs sur l'appréciation de la qualité des services. L'accès à des services différents des activités et des soins traditionnels qui sont offerts par l'institutionnel est par ailleurs vu comme jouant sur la qualité des services (White et al., 1993). Spécialement, le renforcement du rôle du communautaire dans la distribution des services de santé mentale et sa participation à la planification du système obligent le réseau des établissements à se questionner et remettent en cause la conception traditionnelle de la santé (Lamoureux, 1994). Un minimum de conflits interorganisationnels et de compétition n'est aussi pas nécessairement néfaste pour la construction de réseaux. Cette situation incite à établir des réseaux davantage efficaces et innovateurs (Whetten, 1981).

Implication des résultats de recherche pour l'organisation et le processus de planification/évaluation des services de santé mentale

Les résultats de notre étude mettent en exergue, d'une part, l'intérêt de valoriser une certaine diversification dans la philosophie de distribution des services et, d'autre part, de maximiser la formalisation de la coordination du système de dispensation des soins et des activités en santé mentale et la décentralisation au profit des régions régionales et des localités. Notamment, tout en arrimant leurs activités avec le réseau public, la spécificité de l'offre et des pratiques de services des regroupements communautaires apparaît essentielle pour préserver l'accessibilité, la diversité et l'humanisation des services. Le travail en réseau impliquerait aussi une meilleure équité dans la distribution des alloca-

tions allouées entre organisations (Pettigrew, 1985). Un certain renforcement des ressources accordées aux groupes communautaires et aux CLSC est ainsi préconisé. D'une façon générale, l'intersectoriel, les usagers et leurs proches ont peu participé à la mise en œuvre des PROS.SM. L'importance de l'apport de ces derniers dans la trajectoire prise par les problèmes de santé mentale est de plus en plus soulignée dans la littérature traitant de ce programme de santé (Borkman, 1991 ; Test, 1998 ; MSSS, 1997b). Des mécanismes pour consolider leur adhésion à cette réforme devraient donc être développés. Spécifiquement, l'usage des comités de concertation pour mobiliser l'intersectoriel à la transformation des services de santé mentale s'est avéré inadéquat et insuffisant. Pour favoriser la participation des usagers, les programmes et les services gérés par ces derniers (« Consumer Run Program » : Test, 1998) constituent par exemple un modèle à examiner.

Pour mettre en œuvre les PROS.SM, les RRSSS ont surtout adopté une stratégie incitative (Benson, 1975), s'orientant autour de l'impact de la formation et de certains outils organisationnels : comités de consultation/coordination, approche par programmes, mesures financières (formule d'équité interrégionale, interprogramme et intrarégionale, appels d'offre...), identification d'objectifs/résultats à réaliser, plans de services individualisés (PSI), etc. Bien que l'appui de l'ensemble des acteurs d'un réseau semble essentiel pour le déploiement d'une réforme (Callon et Latour, 1985/1986 ; Callon et al., 1989 ; Power, 1996 ; MSSS, 1997b), l'organisation des services de santé mentale devrait davantage se rapprocher d'une forme matricielle, en accroissant et en améliorant les instruments de support à la planification et à la coordination du système et en formalisant davantage les échanges (Galbraith, 1971 ; Davis et Lawrence, 1977). La gravité des conflits interorganisationnels pousse par ailleurs à investir dans la recherche de tactiques visant à minimiser leur impact et à rapprocher les parties. Certaines régions sociosanitaires ont introduit des mécanismes d'arrimage de services qui demandent notamment à être davantage analysés quant à leurs effets sur l'efficacité du système de santé mentale, particulièrement le modèle de gestion de cas, les PLOS et les plans sous-régionaux de coordination. La question de la coordination d'un réseau local de santé mentale par une institution psychiatrique ou un département de psychiatrie d'un CH exige également de plus amples recherches pour le contexte québécois. Nos recherches préliminaires semblent souligner leur difficulté de s'orienter sur un modèle autre qu'hospitalocentrique (Fleury, 1998 ; White et al., 1994). L'impact d'expériences novatrices telles que le déploiement de cliniques externes en CLSC et de centres de jour dans les ressources communautaires devrait aussi être clarifié.

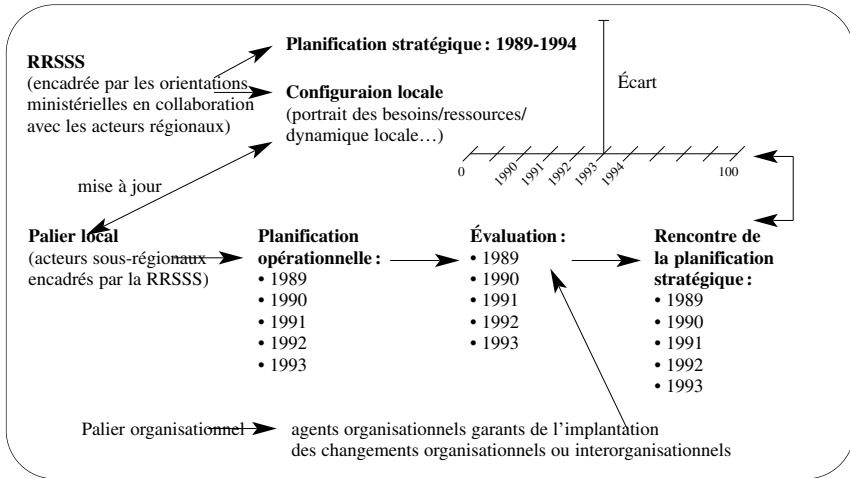
La fonction d'agents de planification/coordination pour la constitution de réseaux intégrés de services a aussi été jugée particulièrement pertinente. De tels agents jouent un rôle-clé dans un réseau, puisqu'ils représentent une autorité commune : coordonnant les services, initiant la construction d'une vision et de pratiques compatibles et possédant une fonction centrale en matière d'arbitrage lors de conflits interorganisationnels et une position-clé d'informateur de la régulation du système (Lawless et Moore, 1989). L'imprécision des buts poursuivis par l'ensemble des participants d'un réseau, la complexité du système et l'inexistence d'expérience antérieure de participation sont corrélés à une centralisation de la prise de décision de l'instance jouant le rôle d'intermédiaire. La fonction d'agents de planification/coordination est aussi d'autant plus critique en période de crise économique. Les RRSSS jouent le rôle de tels agents de planification/coordination. Parallèlement, notre recherche met aussi de l'avant l'importance de la formation d'un continuum d'agents de planification/coordination, soit de la nomination d'agents de liaison imputables pour l'organisation de chacun des réseaux locaux et pour la coordination de chacune des organisations participantes. Ceux-ci pourraient, avec les RRSSS et les comités de concertation, travailler sur les stratégies et les mécanismes à établir pour mieux arrimer le système. Cette initiative serait propice à l'émergence d'un leadership collectif, lequel se définit comme la capacité des protagonistes d'une réforme de mobiliser les acteurs établis à des points stratégiques d'ancrage de la gestion et de la distribution des soins et des activités reliés à un champ d'intervention à actualiser des stratégies et des mécanismes pour coordonner et réformer l'offre des services. L'impact du leadership dans le processus de changements stratégiques et des relations interorganisationnelles n'est pas à sous-estimer (Tushman et Romanelli, 1985 ; Pettigrew, 1985 ; Lorsch, 1986). À plus d'une reprise, la marche de la CIO a par exemple été considérée en raison de la personnalité des leaders locaux et la régie régionale critiquée comme n'ayant pas eu assez de leadership.

À l'exemple des programmes de la Fondation Robert Wood Johnson (« The Robert Wood Johnson Foundation Program on Chronic Mental Illness »), l'implantation des PROS.SM et de la réforme de la santé mentale apparaît par ailleurs circonscrite par la capacité des RRSSS à contrôler l'allocation des fonds budgétaires consentis au programme de santé mentale et de pouvoir en disposer selon les besoins locaux (Goldman et al., 1990). L'établissement de réseaux intégrés de services de santé mentale suppose également que les ressources allouées soient suffisantes et diversifiées et que la qualité des soins et des activités soit adé-

quate. Actuellement, la disparité des budgets de santé mentale entre les régions sociosanitaires est considérable⁴ et le système est toujours d'orientation majoritairement hospitalocentrique. La littérature sur l'organisation des services de santé mentale insiste singulièrement sur la pertinence d'implanter des services de crise et de réadaptation/réinsertion sociales pour les personnes ayant des problèmes graves, complexes et persistants (formules de travail ou de formation, ressources d'hébergement, etc.), d'améliorer la qualité et la stabilité de la vie de l'utilisateur et de favoriser le développement de ses habiletés et de son pouvoir d'agir (« empowerment ») afin qu'il puisse œuvrer le plus normalement possible (Goldman, 1990; Tessier et Clément, 1992; Randolph et al., 1997; Test, 1998). L'introduction suffisante de telles ressources, dont les soins et les activités sont offerts de façon continue, diminuerait les phases d'hospitalisation et leur durée (Pritchard et Cunliffe, 1983; Falso et Frisanco, 1991; Brown et al., 1994; MSSS, 1996). Au Québec, au cours d'une année, environ 3% de la population souffrant de troubles mentaux graves, complexes et persistants sont susceptibles d'être hospitalisés (MSSS, 1996). Les planifications régionales ont donc tenté d'amoindrir ce recours à l'hospitalisation par l'implantation d'une gamme continue et coordonnée de services décentralisée par territoires sous-régionaux ou par MRC.

Pour améliorer la planification et la gestion du système de santé mentale, une orientation plus émergente et décentralisée de ces processus pour leurs volets opérationnels est enfin préconisée. Nous avons démontré que les régions sociosanitaires qui ont davantage décentralisé leur système de santé mentale ont généralement développé des réseaux de services mieux arrimés, ce qui a aussi incité les acteurs à plus apprécier les effets entraînés par la planification. Dans cette conception, la planification/gestion devient un processus « préventif », valorisant sur une base régulière la mise à jour des situations et des contextes, des problématiques, des besoins et des orientations de services, etc. (Fricke et Labour, 1990). Sur le même modèle que pour la planification et la gestion, un processus participatif, émergent et préventif de l'évaluation régionale des programmes de santé mentale est également mis de l'avant (voir la figure 2). Cette approche évaluative encouragerait notamment l'adhésion des acteurs locaux aux enjeux d'une réforme, l'adéquation des objectifs et des moyens de changements à l'évolution du contexte et une réponse plus rapide aux besoins d'organisation et de dispensation de services.

Figure 2
Modèle participatif, émergent et préventif de la planification et de l'évaluation des programmes régionaux d'organisation des services de santé mentale



Dans ce modèle, le processus d'évaluation et de planification/gestion est davantage supporté par le palier organisationnel : administrateurs et intervenants. Il ressort de nos résultats de recherche qu'il existe trop souvent une discontinuité dans les volontés d'organisation de services entre les membres coalisés dans les structures de concertation et les décideurs et intervenants des organisations.

Conclusion

L'intervention PROS.SM a donc contribué à améliorer l'adéquation de l'organisation des réseaux de santé mentale aux orientations ministérielles (PSM). La planification régionale a notamment concouru davantage à rationaliser les rôles des distributeurs de services ainsi qu'à élargir et à intégrer l'offre des soins et des activités en santé mentale. Une amélioration progressive de l'efficacité du système est aussi en cours en raison de l'effort de décentralisation, de coordination et de communautarisation des soins et des activités déployé dans les réseaux. De plus en plus, les acteurs organisationnels sont amenés à organiser leurs services en fonction de l'intérêt des réseaux régionaux et locaux donc en fonction de la rencontre des besoins de la clientèle. Étant donné l'envergure des objectifs poursuivis par les PROS.SM et leur contexte de développement, leur mise en œuvre s'avère cependant incrémentielle : autant les modali-

tés de la planification sont en voie de raffinement (processus d'apprentissage) que les effets de l'intervention deviennent plus notoires.

Pour maximiser l'adéquation de la configuration des réseaux régionaux aux objectifs de la réforme des services de santé mentale, nos résultats de recherche débouchent sur l'importance de mieux investir dans la recherche normative. Bref, plus de mécanismes devraient être élaborés pour améliorer l'arrimage des services et le partenariat entre les différents acteurs et leur mobilisation aux enjeux du système (particulièrement le corps médical, les CH, l'intersectoriel, les usagers et les communautés), d'autant plus en raison de la spécificité du secteur de la santé mentale (secteur exigeant une approche multidisciplinaire et une intervention continue). L'organisation des services de santé mentale devrait ainsi davantage se rapprocher d'une forme matricielle, en accroissant les instruments de support à la planification et à la coordination du système et en formalisant davantage les échanges (Galbraith, 1971 ; Davis et Lawrence, 1977). La faiblesse technique et théorique des PROS.SM et des outils de gestion qui soutiennent la planification (processus de planification, approches par programmes et par objectifs/résultats, mécanismes et structures de concertation et de coordination, systèmes d'évaluation et d'information, etc.) est singulièrement soulignée, ce qui vient limiter leur pouvoir structurant (Berry, 1983 ; Fleury et al., à paraître). L'intensification de la recherche pour consolider et pour développer ces différents outils de gestion est préconisée. La question de l'autonomie régionale des services de santé mentale et de l'efficacité des réseaux porte également à réfléchir sur l'équité interrégionale, les contours de la décentralisation (régionale et locale), les mécanismes d'imputabilité et la distribution des rôles des acteurs du système de santé mentale. Les balises de la notion d'approche communautaire devraient par ailleurs être mieux définies à l'intérieur de ce processus. Il appert qu'un système de dispensation de services dont les ressources sont insuffisantes pour les besoins de sa population et dont la qualité de l'offre des soins et des activités est inadéquate soit d'efficacité limitée, quel que soit son niveau d'intégration (Provan et Milward, 1994, 1995).

Enfin, les modifications dans le processus de planification, la politisation de l'outil et l'évolution du contexte rendent actuellement le recours aux PROS.SM moins systématique pour l'organisation des services ; de plus en plus de régions sociosanitaires utilisent des plans d'action ou intègrent tout simplement leur planification en santé mentale aux plans de transformation. La planification régionale pour le programme de santé mentale dont les contours ont évolué et qui reste à raffiner, demeure néanmoins une étape cruciale dans la régulation et la transformation des

services, et cela peu importe le nom donné à l'outil de gestion. Un modèle de planification/gestion/évaluation qui s'inscrit dans un processus davantage participatif, émergent et préventif nous semble actuellement plus opportun pour organiser un champ d'intervention complexe dans une période où la demande sociale est forte pour le changement.

Notes

1. L'approche par programmes vise à introduire un système matriciel lequel s'articule selon une double structure d'autorité et de prise de décision (besoins organisationnels et recensés de la clientèle aux niveaux régional/local) ainsi que des mécanismes les supportant (Galbraith, 1971).
2. La planification par objectifs/résultats propose de 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 sur le « management by objectives » (MBO).
3. Pour plus d'information concernant la méthodologie de cette recherche, il est suggéré de faire référence à Fleury (1998) ou à Fleury et Denis (à paraître).
4. La répartition per capita des dépenses de santé mentale entre les régions pour l'année 1994-1995 varie entre 39 \$ et 204 \$ (MSSS, 1996).

RÉFÉRENCES

- BENSON, J. K., 1975, The interorganizational network as a political economy, *Administrative Science Quarterly*, 20, 2, 229-249.
- BERRY, M., 1983, *Une technologie invisible ? L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains*, Centre de recherche en gestion, École Polytechnique, Paris.
- BOLLAND, J. M., WILSON, J. V., 1994, Three faces of integrative coordination : a model of interorganizational relations in community-based health and human services, *Health Services Research*, 29, 3, 341-366.
- BORKMAN, T. J., 1991, Introduction to the special issue, *American Journal of Community Psychology*, 19, 5, 643-690.
- BROWN, L., COX, G. B., JONES, W. E., SEMKE, J., ALLEN, D. G., GILCHRIST, L. D., SUTPHEN-MROZ, J., 1994, Effects of mental health reform on client characteristics. Continuity of care and community tenure, *Evaluation and Programm Planning*, 17, 1, 63-72.
- CALLON, M., LATOUR, B., 1985/1986, Les paradoxes de la modernité. Comment concevoir les innovations, *Prospective et santé*, XXXVI, 13-25.

- CALLON, M. (dir.), 1989, La protohistoire d'un laboratoire (chapitre 2), *La science et ses réseaux*, La Découverte, Paris, 66-116.
- CHAMPAGNE ET AL., 1995, *Évaluation des effets et du processus d'implantation du projet « ACCES » (R95-10)*, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal.
- CHEN, H. T., 1990, *Theory-Driven Evaluation*, Newbury Park, Sage.
- CONRAD, A. D., 1993, Coordinating patient care services in regional health systems : the challenge of clinical integration, *Hospital and Health Administration*, 28, 4, 491-508.
- COOK, K. S., 1977, Exchange and power in networks of interorganizational relations, *The Sociological Quarterly*, 18, 1, 62-82.
- COVALESKI, M. A., DIRSMITH, M. W., 1981, Mbo and goal directedness in a hospital context, *Academy of Management Review*, 6, 3, 409-418.
- DAVIS, S. M., LAWRENCE, P. R., 1977, *Matrix*, Addison-Wesley.
- DENIS, J. L., CHAMPAGNE, F., 1990, *Analyse de l'implantation, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS)*, Université de Montréal.
- DENIS, J. L., CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A. P., LANGLEY, A., PINEAULT, R., SICOTTE, C., 1994, *Évaluation des effets du plan d'organisation des services en santé mentale en Montérégie*, Protocole de recherche, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal.
- FASOLO, E., FRISANCO, R., 1991, Mental health care : recent developments in Italy, *Social Policy and Administration*, 25, 3, 218-226.
- FLEURY, M. J., 1998, *Impact de la planification régionale et des programmes régionaux d'organisation de services (PROS) sur la structuration de la réforme de la santé mentale au Québec*, thèse de Doctorat, Département d'administration de la santé, Université de Montréal.
- FLEURY, M. J., DENIS, J. L., SICOTTE, C., Rôle des outils de gestion dans la production d'un changement stratégique. La contribution du PROS à l'implantation de la réforme de la santé mentale au Québec », à paraître dans la revue *Sciences sociales et santé*.
- FLEURY, M. J., DENIS, J. L., Proposition d'un modèle d'évaluation de la mise en œuvre et des effets de la planification des programmes régionaux d'organisation des services de santé mentale au Québec, à paraître dans la *Revue canadienne d'évaluation de programme*.
- FRICKE, J. G., LABOUR, A., 1990, Participative evaluation, *Revue canadienne d'évaluation de programme*, 5, 2, 11-25.

- GALBRAITH, J. R., 1971, Matrix organization designs, *Business Horizons*, 14, 1, 29-40.
- GILLIES, R. R. ET AL., 1993, Conceptualizing and measuring integration : findings from the health systems integration study, *Hospital and Health Services Administration*, 28, 4, 467-488.
- GOLDMAN, H. H., MORRISSEY, J. P., RIDGELY, M. S., 1990, Form and function of mental health authorities at rwj foundation program sites : preliminary observations, *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 11, 1222-1230.
- GREENWOOD, R., HININGS, C.R., 1996, Understanding radical organizational change : bringing together the old and the new institutionalism, *Academy of Management Review*, 21, 4, 1022-1054.
- KNIGHTS, D., MURRAY, F., WILLMOTT, H., 1993, Networking as knowledge work : a study of strategic interorganizational development in the financial services industry, *Journal of Management Studies*, 30, 6, 975-995.
- LAMOUREUX, J., 1994, *Le partenariat à l'épreuve*, Éditions Saint-Martin, Montréal.
- LAWLESS, M. W., MOORE, R. A., 1989, Interorganizational systems in public service delivery : a new application of the dynamic network framework, *Human Relations*, 42, 12, 1167-1184.
- LECOMTE, Y., 1997, De la dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec, *Santé mentale au Québec*, XXII, 2, 7-12.
- LORSCH, J. W., 1986, Manager's culture: the invisible barrier to strategic change, *California Management Review*, 28, 2, 95-109.
- MINTZBERG, H., 1994, *The Rise and Fall of Strategic Planning*, The Free Press, New York.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1989, *La Politique de la santé mentale*, Gouvernement du Québec, Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1996, *La Transformation des services de santé mentale : orientation jusqu'en 2002*. Document de consultation, Gouvernement du Québec, Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (Potvin, Nelson), 1997a, *Bilan d'implantation de la Politique de santé mentale*, Gouvernement du Québec, Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Comité de la santé mentale du Québec*, 1997b, *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*, Gouvernement du Québec, Québec.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1998b, *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Gouvernement du Québec, Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1994, *Rapport comité MSSS-Régies sur la gestion par programme*, Gouvernement du Québec, Québec.
- PATTON, M. Q., 1990, *Qualitative Evaluation and Research Methods*, California, Sage Publications, Inc.
- PETTIGREW, A., 1985, Examining change in the long-term context of culture and politics, in Pennings et al., eds., *Organizational Strategy and Change*, Jossey-Bass, London, 269-319.
- PINEAULT, R., DAVELUY, C., 1995 (1^{re} édition: 1986), *La planification de la santé. Concepts, méthodes et stratégies*, Éditions Nouvelles, Montréal.
- POWER, M., 1996, Making things auditable, *Accounting, Organizations and Society*, 21, 2/3, 289-315
- PRITCHARD, C., CUNLIFFE, A. S., 1983, Mental health policy, *Social Policy and Administration*, 17, 1, 32-45.
- PROVAN, K. G., MILWARD, H. B., 1994, Integration of community-based services for the severely mentally and the structure of public funding: a comparison of four systems, *Journal of Health Politics*, 19, 4, 865-895.
- PROVAN, K. G., MILWARD, H. B., 1995, A preliminary theory of interorganizational network effectiveness: a comparative study of four community mental health systems, *Administrative Science Quarterly*, 49, 1-33.
- QUINN, B. J., COLLEGE, D., 1980, Managing strategic change, *Sloan Management Review*, 2, 3-20.
- RAMAPRASAD, A., 1982, Revolutionary change and strategic management, *Behavioral Science*, 27, 387-392.
- RANDOLPH, F., BLASINSKY, M., LEGINSKI, W., PARKER, L. B., GOLDMAN, H., 1997, Creating integrated service systems for homeless persons with mental illness: the ACCESS program, *Psychiatric Services*, 48, 3, 369-373.
- RODGERS, R., HUNTER, J. E., 1992, A foundation of good management practice in government: management by objectives, *Public Administration Review*, 52, 1, 27-39.
- ROSS, A., 1979, Organizational linkages: management issues and implications, *New England Journal of Medicine*, October, 812-818.

- SHORE, M. F., COHEN, M. D., 1990, The Robert Wood Johnson foundation program on chronic mental illness : an overview, *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 1212-1216.
- TESSIER, L., Clément, M. (pour le Comité de santé mentale du Québec, MSSS), 1992, *La réadaptation psychosociale en psychiatrie. Défis des années 90*, Gaëtan Morin Editeur, Montréal.
- TEST, A. N., 1998, Modèles de traitement dans la communauté pour adultes ayant des maladies mentales graves et persistantes, *Santé mentale au Québec*, XXIII, 2, 93-119.
- TURGEON, J., LANDRY, R., 1995, Les plans régionaux d'organisation de services de santé et sociaux au Québec : un dispositif de mise en cohérence de l'action publique ?, *Revue politiques et management publique*, XIII, 4, 115-130.
- TURGEON, J., SABOURIN, P., 1996, Reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux au Québec : la place des regroupements interétablissements, *Administration publique du Canada*, XXXIX.
- TURGEON, J., LEMIEUX, V., 1999, La décentralisation : panacée ou boîte de Pandore ?, in Bégin, C., Bergeron, P., Forest, P.G., Lemieux, V., eds., *Le Système de santé québécois. Un modèle en transition*, Les Presses de l'Université de Montréal.
- TUSHMAN, L. M., ROMANELLI, E., 1985, Organizational evolution : a metamorphosis model of convergence and reorientation, in Cummings, L.L., and Staw, B., eds., *Research in Organizational Behavior*, Jai Press, 7, 171-222.
- WHETTEN, D. A., 1981, Interorganizational relations : a review of the field, *Journal of Higher Education*, 52, 1, 1-28.
- WHITE, D., MERCIER, C., DESBIENS, F., ROBERGE, M. C., 1994, *Le développement des ressources communautaires en santé mentale : étude des processus de réforme*, Rapport final présenté au Programme national de recherche et de développement en Santé et Bien-être Canada.
- White, D., Mercier, C., Roy, D., 1993, *Concertation et continuité de soins en santé mentale : trois modèles montréalais*, Rapport présenté au Conseil québécois de la recherche sociale, GRASP, Université de Montréal.

ABSTRACT

Implementation and effects of regional plans of organization of services as a strategy implementing the mental health care reform in Québec : an assessment

As a main strategy of implementation of the new mental health policy (MSSS, 1989), regional plans of organization of services (RPOS) are put into effect in every region in Québec. This exercise in planning activities and mental health care aims at democratizing, decentralizing and redesigning the mental health system according to more diversified services. These RPOS also aim at improving integration of health care services, related activities as well as efficiency of this network. With a case study carried out in the Montérégie region and a descriptive analysis conducted in other regions, this article evaluates the validity and potential that these RPOS modify the mental health system along the lines of the new policy. The authors conclude to the relative structuring power of the planning instrument to regulate and transform organization of services given the scope of goals and its context of development. The article also questions the process of planning, decentralization and coordination related to the intervention. In a context where change is strongly claimed, strategies and mechanisms aiming at consolidating regional management are yet to be completed.

RESUMEN

Balance de la instauration y de los efectos de los programas regionales de organización de servicios (PROS) como estrategias de implantación de la reforma de los servicios de salud mental en Quebec

Como principal estrategia de la política de salud mental (PSM, MSSS, 1989), los planes regionales de organización de servicios (PROS) son puestos en marcha en el conjunto de las regiones sociosanitarias del Quebec. Este ejercicio de planificación de las actividades y cuidados en salud mental quiere democratizar, descentralizar y reconfigurar el sistema de salud mental en función de una gama más diversificada de servicios. Los PROS pretenden también mejorar la integración de cuidados y actividades y la eficacia de esta red sociosanitaria. Por un estudio de casos realizado en Monterégie y un análisis descriptivo efectuado en las regiones sociosanitarias del Quebec, este artículo valora la validez y la potencialidad de los PROS en modificar el sistema de salud mental obedeciendo a los desafíos de la PSM*. Este concluye en el poder relativamente estructurante y del útil de planificación en regular

y transformar la organización de los servicios, dada la envergadura de los objetivos que persigue y de su contexto de desarrollo. El mismo contribuye a interrogar los procesos de planificación, de descentralización y de coordinación que configuran la intervención. En un contexto en donde la presión social por el cambio es fuerte, los pasos y los mecanismos con miras a consolidar la gestión regional deben sin embargo ser vistos nuevamente.

*Política de salud mental