

Université de Montréal

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

Par

Marie-Josée Fleury

Département d'administration de la santé
Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiæ Doctor (Ph.D.)
en Santé publique,
orientation: organisation des soins de santé

Mai 1998

© Marie-Josée Fleury, 1998



WA

5

U58

1998

U.021

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée:

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

présentée par:

Marie-Josée Fleury

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

- Président-rapporteur: Claude Sicotte
- Directeur de thèse: Jean-Louis Denis
- Examinatrice externe: Céline Mercier
- Membre du jury: François Champagne
- Représentante du Doyen de la FES: Deena White

Thèse acceptée le 26 octobre 1998

«Ces Idées dont nous parlons sont à titre de modèles, des «paradigmes», dans l'éternité de la Nature; quant aux objets, ils leur ressemblent et en sont des reproductions; et cette participation que les autres objets ont aux Idées ne consiste en rien d'autre qu'à être faits à leurs images. (...) Or, ce dont la commune participation fait que les semblables sont semblables, cela ne sera-t-il pas l'Idée en soi?»

(Platon, Parménide, Bibliothèque de la Pléiade, tome II, p. 202)

SOMMAIRE

Cette thèse cherche à mieux comprendre les processus de réforme et le rôle des outils de gestion et de la planification dans la transformation des systèmes sociosanitaires. Spécifiquement, la mise en oeuvre des plans régionaux d'organisation des services de santé mentale (PROS.SM) et leurs contributions à l'implantation de cette réforme au Québec sont étudiées. Les PROS.SM ont été élaborés pour introduire les orientations de la *Politique de santé mentale (PSM, 1989)*. Ce sont des outils de planification complexes et dynamiques, poursuivant des objectifs technocratiques, démocratiques et de structuration. En 1997, le *Bilan d'implantation de la PSM (1997)* conclut néanmoins à l'actualisation mitigée de cette politique. Alors, pourquoi les PROS.SM ne semblent-ils pas avoir été à la hauteur des attentes de structuration de ce secteur et quelles seraient les stratégies favorables au développement d'une telle réforme? Pour répondre à ces questions de recherche, nous avons réalisé une étude de cas en Montérégie et une enquête descriptive dans les régions sociosanitaires du Québec. Trois articles et un chapitre contextuel, qui permet d'inscrire les PROS.SM dans le parcours des mouvements sociosanitaires et de mieux identifier la genèse d'un cas, ont été rédigés. La thèse s'apparente à une analyse d'implantation des PROS en tant que réforme de la planification des soins et des services en santé mentale. Elle s'appuie sur 160 entretiens conduits auprès d'une diversité d'acteurs du réseau de la santé mentale et sur une revue de littérature substantielle, de sources primaires et secondaires, sur les systèmes de santé mentale et sur la théorie des organisations s'intéressant aux changements et aux échanges qui prennent forme dans les réseaux interorganisationnels.

Le premier article définit l'intervention et les objectifs de reconfiguration du système de santé mentale et procède à l'évaluation de la mise en oeuvre du PROS.SM pour la région de la Montérégie (*PROS.SMM*). Sur le plan théorique, il s'agit de bien discerner l'impact relatif de l'intervention d'autres composantes de l'implantation d'un changement stratégique. L'introduction de changements d'envergure est perçue comme un phénomène complexe, contextuel et incrémentiel. Les outils de gestion sont considérés comme des instruments qui se perfectionnent au gré de leur mise en oeuvre et du jeu des acteurs. La recherche démontre le pouvoir relativement structurant de l'outil PROS dans l'articulation de cette réforme. Principalement, le *PROS.SMM* a eu comme impact de mettre en place les balises d'une gestion régionale et d'un mouvement de reconfiguration. La démarche de planification régionale s'insère davantage dans une logique politique et les services s'organisent plus en fonction des besoins de la clientèle du réseau.

La dynamique interorganisationnelle et les structures de concertation, comme outils de planification régionale, ressortent comme des déterminants centraux de l'actualisation du *PROS.SMM*. L'article qui suit tente ainsi de mieux comprendre les effets de la planification sur les formes prises par le

partenariat. Un modèle à quatre niveaux d'analyse (structurelle, processuelle, locale et des déterminants) est présenté qui permet de cerner la collaboration interorganisationnelle (CIO) en ce domaine des services sociosanitaires. Cette recherche avance que la CIO n'est qu'en voie d'émergence comme pratique de distribution des services. La dynamique en santé mentale est toujours caractérisée comme fort conflictuelle et la concentration des ressources demeure importante entre certains distributeurs de services et régions sociosanitaires. L'article débouche sur l'intérêt de formaliser la CIO en santé mentale, de consolider les forces locales et le rôle de leader des régies régionales dans l'articulation des réseaux, de promouvoir la dispersion du pouvoir dans le système et de former un continuum d'agents de planification/coordination.

Le troisième article est orienté autour de deux questions de recherche. Les régions sociosanitaires empruntent-elles les mêmes trajectoires de mise en oeuvre du PROS.SM? Est-ce possible d'identifier un modèle d'organisation de services répondant aux enjeux de la réforme? Le modèle de l'intégration est déterminé, défini et adapté au contexte québécois. Il s'agit notamment d'apprécier son développement sur le plan régional. Trois groupes de régions sociosanitaires sont constitués, ayant à différents degrés arrimé leurs activités en santé mentale. Cette recherche est éclairante pour tracer des repères pour la configuration des services en ce domaine au Québec et pour démontrer les opérations et les tactiques prises par les acteurs régionaux pour introduire cette structuration de services. À cet égard, la décentralisation au niveau local et les formules de gestion de cas et d'ententes de coordination sont jugées comme des stratégies pertinentes pour rapprocher les services des communautés et formaliser les échanges interorganisationnels. L'article conclut aussi à l'importance de développer conjointement les intégrations clinique, administrative et du corps médical au système.

En fin de parcours, un modèle de planification des services pour le secteur de la santé mentale est proposé qui vise à renforcer le leadership des instances régionales et le pouvoir local et à davantage formaliser les rôles des acteurs organisationnels dans la gestion des services. Nous soutenons que les régies régionales devraient utiliser des stratégies plus autoritaires pour organiser le système de santé mentale tout en s'appuyant sur une forte décentralisation du processus de planification. Ce dernier devrait aussi être davantage conçu sous un mode émergent. Bref, par l'amélioration des connaissances du champ de la santé mentale et des mécanismes d'implantation d'une réforme, la thèse constitue un outil supplémentaire et à parfaire pour tous chercheurs ou gestionnaires intéressés à ces domaines d'étude.

Mots-clés: Évaluation d'un changement stratégique, Modèle de l'intégration des services de santé mentale, Partenariat en santé mentale, Planification régionale (PROS), Réforme de la santé mentale au Québec

TABLE DES MATIERES

Sommaire.....	i
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	ix
Liste des sigles et abréviations.....	x
Remerciements.....	xii
Dédicace.....	xiii
CHAPITRE 1 : Introduction.....	1
1.1 Contexte et problématiques de recherche.....	2
1.2 Cadre conceptuel.....	8
1.2.1 Cadre conceptuel général d'interprétation de la thèse.....	9
1.2.2 Modèle d'analyse des composantes de mise en oeuvre des PROS.SM.....	19
1.2.2.1 Composantes de l'évaluation des PROS.SM.....	22
1.2.3 Arrimage théorique entre le cadre conceptuel général, le modèle des PROS.SM et les articles de la thèse.....	25
1.3 Cadre méthodologique.....	27
1.3.1 Planification opérationnelle de la recherche.....	30
CHAPITRE 2 : Contexte et mise en oeuvre de la réforme PROS.SM.....	36
2.1 Les réformes du système de santé au Québec.....	36
2.1.1 La réforme Castonguay-Nepveu.....	37
2.1.2 La réforme du tournant des années 1980-1990.....	40
2.1.3 Les éléments perturbateurs à la réforme du système sociosanitaire.....	45
2.2 Les réformes des services de santé mentale.....	48
2.2.1 L'évolution des conceptions de la santé mentale avant le rapport Bédard (1961).....	49
2.2.2 De l'âge d'or de la psychiatrie à la notion de santé mentale.....	51
2.2.2.1 Des années 1960 à la fin des années 1970.....	51
2.2.2.2 Des années 1980 à aujourd'hui.....	56
2.2.2.3 Principales critiques à l'endroit de la PSM.....	60
2.3 La régionalisation des services de santé mentale.....	62
2.3.1 Période d'implantation du processus de régionalisation de l'organisation des services de santé mentale: CRSSSM (1977-1989).....	63
2.3.2 Consolidation de la régionalisation des services de santé mentale (1989 à 1996).....	70
2.4 L'élaboration et l'opérationnalisation du <i>PROS.SMM</i>	77
2.4.1 Première étape: planification régionale.....	78
2.4.2 Deuxième étape: participation sous-régionale.....	82
2.4.3 Troisième étape: participation de la population et implantation des TSR.....	84
2.4.4 Quatrième étape: arrimage de comités programmes-clientèles aux TSR.....	87
CHAPITRE 3 : Rôle des outils de gestion dans la production d'un changement stratégique. La contribution du PROS de la Montérégie à l'implantation de la réforme des services de santé mentale (premier article)	
3.0 Résumé.....	89
3.0 Introduction.....	89
3.1 La réforme des services de santé mentale et le <i>PROS.SMM</i>	90

3.2 Approches théoriques et méthodologiques.....	95
3.2.1 Méthodologie.....	102
3.3 Les déterminants et la stratégie d'implantation du <i>PROS.SMM</i>	104
3.3.1 Les déterminants d'implantation du <i>PROS.SMM</i>	105
3.3.2 La stratégie d'implantation du <i>PROS.SMM</i>	107
3.3.3 Implantation incrémentielle du <i>PROS.SMM</i>	111
3.4 Les effets du <i>PROS.SMM</i>	113
3.4.1 Ajustement des ressources aux besoins.....	113
3.4.2 Qualité des services.....	118
3.5 Rôle des outils de gestion dans la production de changements: le <i>PROS.SMM</i>	120
3.6 Bibliographie.....	124

CHAPITRE 4 : Étude de l'émergence de nouvelles formes de partenariat dans le domaine de la santé mentale (deuxième article)

4.0 Résumé.....	128
4.0 Introduction.....	128
4.1 Cadres théorique et méthodologique.....	130
4.1.2 Méthodologie.....	136
4.2 Analyse structurelle de la CIO.....	138
4.3 Les déterminants de la CIO.....	141
4.4 Analyse contextuelle et processuelle de la CIO.....	148
4.5 Analyse des dynamiques sous-régionales.....	151
4.5.1 Les configurations sous-régionales de la CIO en Montérégie (1989-1996).....	151
a) Longueuil.....	151
b) Châteauguay.....	153
c) Richelieu-Yamaska (St-Hyacinthe).....	155
d) Haute-Yamaska/Brôme-Missisquoi (Granby/Cowansville).....	156
e) Valleyfield.....	157
f) Sorel.....	158
g) St-Jean.....	159
4.5.2 Impact des caractéristiques locales sur la configuration de la CIO.....	160
4.6 Enjeux et défis du partenariat en santé mentale comme mode de régulation.....	161
4.7 Bibliographie.....	166

CHAPITRE 5 : L'implantation de l'intégration des services de santé mentale au Québec. Esquisse d'un modèle et repères pour la configuration des services régionaux (troisième article)

5.0 Résumé.....	169
5.0 Introduction.....	169
5.1 Esquisse d'un modèle d'intégration des services de santé mentale.....	170
5.2 Méthodologie.....	174
5.2.1 Mesures d'analyse de l'intégration des réseaux de santé mentale.....	176
5.3 Contexte et déterminants de l'implantation du modèle de l'intégration des services de santé mentale au Québec.....	181
5.4 Intégration clinique: repères pour la configuration régionale des services de santé mentale.....	187
5.4.1 Décentralisation.....	187
5.4.2 Modèles de coordination interorganisationnelle des services de santé mentale.....	188
5.4.3 Intensité de l'intégration des réseaux régionaux de santé mentale.....	193
5.4.4 Adéquation des rôles des distributeurs de services au modèle de l'intégration.....	195

5.5 Intégration administrative: repères sur l'organisation régionale des services de santé mentale	199
5.6 Qualité des services régionaux de santé mentale	201
5.7 Implantation du modèle de l'intégration au Québec et implication des résultats de recherche pour l'organisation des services de santé mentale	202
5.8 Bibliographie	207
CHAPITRE 6 : Conclusion et discussion	210
6.1 Balises de la thèse	211
6.1.1 Cadres d'interprétation et limites méthodologiques	211
6.1.2 Contribution théorique	215
6.1.3 Contribution empirique	217
6.2 Impact des résultats de recherche sur le positionnement stratégique des PROS.SM comme outils de régulation régionale et répondant aux enjeux de la réforme	221
6.3 Impact des résultats de recherche sur le processus de mise en oeuvre d'une réforme et sur l'organisation des services de santé mentale	225
6.4 Proposition d'un modèle de planification régionale des services de santé mentale: réflexion sur le rôle des paliers décisionnels et sur le processus d'évaluation	228
BIBLIOGRAPHIE	233
A) Sources primaires	233
1 Publications ministérielles	233
2 Documents élaborés par la Conférence des régies régionales	234
3 Documents élaborés par la RRSSM ou par des associations d'acteurs ou des organismes en santé	235
3.1 PROS.SM	235
3.2 Évaluation du PROS.SM	235
3.3 Programmes et institutions	236
3.4 Approche par programmes	236
3.5 Promotion/prévention et droits de la personne	237
3.6 Processus de consultation/comités tripartites et tables de concertation	238
3.7 Organismes communautaires	238
3.8 Formation	240
3.9 Ressources financières (santé mentale/PROS.SM)	240
3.10 La Montérégie (la région sociosanitaire)	241
3.11 Régie régionale de la Montérégie (RRSSM/CRSSM)	241
3.12 Réforme des services de santé mentale	242
3.13 Listes des organismes dispensant des services de santé mentale pour la Montérégie et bibliographies	243
3.14 PROS autres qu'en santé mentale en Montérégie	243
4 Documents sur la planification régionale autres qu'en Montérégie	243
4.1 Bas-Saint-Laurent	243
4.2 Saguenay-Lac-Saint-Jean	244
4.3 Québec	244
4.4 Mauricie-Bois-Francs	245
4.5 Estrie	245
4.6 Montréal-Centre	246
4.7 Outaouais	246
4.8 Abitibi-Témiscamingue	247
4.9 Côte-Nord	247
4.10 Gaspésie-Iles-De-La-Madeleine	247
4.11 Chaudière-Appalaches	247

4.12 Laval	247
4.13 Lanaudière	248
4.14 Laurentides	248
B) Sources secondaires	248
1 Le système québécois de la santé	248
1.1 Le système québécois de la santé mentale	253
2 Littérature théorique	255
3 Littérature méthodologique	263
ANNEXES	xiv
1 Guides d'entrevues	xv
1.1 Guide général d'évaluation du <i>PROS.SMM</i>	xvi
1.2 Guide d'entrevues du <i>PROS.SMM</i> . Questions spécifiques préparées pour une rencontre avec trois gestionnaires de la RRSSSM	xix
1.3 Guide d'entrevues du <i>PROS.SMM</i> . Questions spécifiques sur le financement du secteur de la santé mentale	xxi
1.4 Guide d'entrevues du <i>PROS.SMM</i> . Évaluation comparative du PROS.SM et des autres PROS en Montérégie	xxiii
1.5 Évaluation du <i>PROS.SMM</i> . Vision des usagers et de leurs proches	xxv
1.5.1 Formulaire de consentement à l'intention des usagers des services de santé mentale	xxix
1.6 Évaluation de la planification régionale (PROS.SM) des régions sociosanitaires	xxx
2 Gestion des données	xxxv
2.1 Table des matières des textes de référence	xxxvi
2.1.1 Texte sur la Montérégie	xxxvi
2.1.2 Texte sur les régions sociosanitaires	xxxviii
2.2 Extraits des textes sur la Montérégie et les régions sociosanitaires	xxxviii
2.2.1 La Montérégie	xxxviii
2.2.2 Les régions sociosanitaires	xlv
3 Exemples de verbatim	l
3.1 Outil PROS.SM	li
3.1.1 Système de gestion et de financement par programmes et par objectifs/résultats	li
3.1.2 Système d'évaluation	lvi
3.1.3 Démocratisation et décentralisation	lviii
3.2 Coordination latérale	lxi
3.2.1 Formes et fréquence des échanges	lxi
3.2.2 Flexibilité de l'allocation des ressources	lxiv
3.2.3 Ambiguïté des rôles	lxiv
3.2.4 Motivation, satisfaction et surcharge de travail	lxv
3.3 Effets	lxv
3.3.1 Ajustement des services aux besoins	lxv
3.3.2 Qualité des services	lxvii
4 Arrimage des variables opérationnelles des modèles	lxix
4.1 Cadres généraux d'analyse de la thèse	lxx
4.2 Modèles théoriques des articles de la thèse	lxx

LISTE DES TABLEAUX

Chapitre 1: Introduction

Tableau 1: Synthèse des objectifs et de l'articulation de la thèse.....	7
Tableau 2: Synthèse des balises d'interprétation et des stratégies d'opérationnalisation de la thèse.....	26
Tableau 3: Échantillonnage.....	32

Chapitre 2: Contexte et mise en oeuvre de la réforme PROS.SM

Tableau 1: Liste préliminaire des programmes-clientèles.....	43
--	----

Chapitre 3/article 1: Rôle des outils de gestion dans la production d'un changement stratégique. La contribution du PROS.SM de la Montérégie à l'implantation de la réforme des services de santé mentale

Tableau 1: Archétypes du système de santé mentale.....	91
Tableau 2: Objectifs du <i>PROS.SMM</i>	92
Tableau 3: Résultats de l'analyse des déterminants de l'implantation du <i>PROS.SMM</i>	105
Tableau 4: Résultats de l'analyse de la stratégie d'implantation du <i>PROS.SMM</i>	108
Tableau 5: Informations budgétaires par niveaux d'intervention (<i>PROS.SMM</i> et budgets de développement).....	114
Tableau 6: Répartition des subventions en santé mentale 1989-1995 (pourcentage du budget de développement alloué par organisations).....	115

Chapitre 4/article 2: Étude de l'émergence de nouvelles formes de partenariat dans le domaine de la santé mentale

Tableau 1: Évolution de la collaboration par phases d'implantation.....	134
Tableau 2: Résultats de l'analyse des déterminants de l'implantation de la CIO par phases de mise en oeuvre.....	142
Tableau 3: Résultats de l'analyse contextuelle et processuelle de l'implantation de la CIO.....	149
Tableau 4: Résultats de l'analyse des configurations sous-régionales de la CIO.....	153

Chapitre 5/article 3: L'implantation de l'intégration des services de santé mentale au Québec. Esquisse d'un modèle et repères pour la configuration des services régionaux

Tableau 1: Résultats des mesures de l'intégration clinique des réseaux régionaux de santé mentale..... 189

Tableau 2: Modèle de coordination interorganisationnelle des services de santé mentale..... 191

Chapitre 6: Conclusion

Tableau 1: Rôle des paliers décisionnels dans le processus de planification en santé mentale..... 230

LISTE DES FIGURES

Chapitre 1: Introduction

Figure 1: Cadre conceptuel de l'impact de la planification régionale et des PROS sur la structuration de la réforme de la santé mentale	11
Figure 2: Modèle des composantes des PROS.SM.....	20
Figure 3: Modèle théorique de l'évaluation de la mise en oeuvre et des effets des PROS.SM.....	22

Chapitre 3/article 1: Rôle des outils de gestion dans la production d'un changement stratégique. La contribution du PROS.SM de la Montérégie à l'implantation de la réforme des services de santé mentale

Figure 1: Déterminants et stratégie d'implantation de la planification régionale	101
Figure 2: Modèle d'analyse du rôle des outils de gestion dans la production de changements.....	102
Figure 3: Fluctuation temporelle des déterminants et de la stratégie d'implantation du <i>PROS.SMM</i>	112

Chapitre 4/article 2: Étude de l'émergence de nouvelles formes de partenariat dans le domaine de la santé mentale

Figure 1: Modèle d'analyse de la CIO en santé mentale en Montérégie.....	133
Figure 2: Coordination structurelle des services de santé mentale en Montérégie.....	139

Chapitre 5/article 3: L'implantation de l'intégration des services de santé mentale au Québec. Esquisse d'un modèle et repères pour la configuration des services régionaux

Figure 1: Modèle de l'intégration des services de santé mentale.....	171
Figure 2: Mesures de l'intégration clinique d'un réseau à plusieurs acteurs organisationnels.....	177
Figure 3: Chaîne causale des mesures de l'intégration clinique.....	206

Chapitre 6: Conclusion

Figure 1: Processus de mise en oeuvre de la planification régionale, particulièrement de la démarche évaluative.....	231
--	-----

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AASMM:	Association des alternatives en santé mentale de la Montérégie
ACFAS:	Association canadienne-française pour l'avancement des sciences
AGIDD:	Association des groupes d'intervention en défense des droits
AHQ:	Association des hôpitaux du Québec
APAMM:	Association des parents et amis du malade mental
CA:	Conseil d'administration ou centre d'accueil
CAH:	Centre d'accueil d'hébergement
CAR:	Commission administrative régionale ou centre d'accueil de réadaptation
CE:	Comité d'experts
CESSSS:	Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux
CH:	Centre hospitalier
CHPSY:	Centre hospitalier psychiatrique
CHSCD:	Centre hospitalier de soins de courte durée
CHSGS:	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD:	Centre hospitalier de soins de longue durée
CIO:	Collaboration interorganisationnelle
CLSC:	Centre local de services communautaires
CPEJ:	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR:	Centre de réadaptation ou comité de référence
CR.SM:	Comité de référence en santé mentale
CRSSS:	Conseil régional de la santé et des services sociaux
CRSSSM:	Conseil régional de la santé et des services sociaux de la Montérégie
CSM:	Comité de la santé mentale
CSMQ:	Comité de la santé mentale du Québec
CSS:	Centre de santé et des services sociaux
CTR:	Comité tripartite régional

CTR.SM:	Comité tripartite régional de santé mentale
CTSR.SM:	Comité tripartite sous-régional de santé mentale
DSC:	Département de santé communautaire
DSM:	Direction de la santé mentale
GRIS:	Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
MAS:	Ministère des Affaires sociales (Québec)
MRC:	Municipalité régionale de comtés
MSS:	Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec)
OPHQ:	Office des personnes handicapées du Québec
PIB:	Produit intérieur brut
POS:	Plan d'organisation des services
PRASM:	Pour un réseau autonome en santé mentale (périodique)
PROS:	Plan régional d'organisation de services
PROS.SM:	Plan régional d'organisation des services de santé mentale
PROS.SMM:	Plan régional d'organisation des services de santé mentale de la Montérégie
PSBE:	Politique de la santé et du bien-être
PSI	Plan de services individualisés
PSM:	Politique de santé mentale
RIO	Relations interorganisationnelles
RRASMQ:	Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec
RRSSS:	Régie régionale de la santé et des services sociaux
RRSSSM:	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
RTF:	Ressources de type familial
SISM:	Système d'information en santé mentale
SOC:	Soutien des organismes communautaires
TROC(BM):	Table régionale des organismes communautaires (et bénévoles en Montérégie)
TRPOCBQ:	Tables des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles du Québec
TSR:	Table sous-régionale

REMERCIEMENTS

La rédaction d'une thèse est un processus solitaire, mais résultant d'une construction collective. Particulièrement, cette thèse a pris forme d'un projet de recherche financé par le Programme national de recherche et développement en santé (PNRDS). Je remercie les chercheurs de ce projet de leur soutien: Jean-Louis Denis, François Champagne, André-Pierre Contandriopoulos, Ann Langley, Raynald Pineault et Claude Sicotte. Spécifiquement, je tiens à souligner ma sincère reconnaissance envers l'un de ces chercheurs, en l'occurrence aussi mon directeur de thèse, Jean-Louis Denis, qui m'a donné un encadrement plus que pertinent. Mes remerciements vont aussi à toute l'équipe du GRIS.

Cette recherche a exigé un terrain substantiel qui doit sa réalisation grâce à l'appui de personnes-clés. Singulièrement, à la régie régionale de la Montérégie, je tiens à exprimer ma gratitude envers Michel Gonthier et Hung Nguyen qui ont été d'un support incontournable pour la concrétisation de ce projet. Mes remerciements vont aussi à: Monique Benoît, Micheline Boisvert, André Cinq-Mars, Jean-Marc Daigle, Marie Dallaire, Gabrielle Hébert, Jocelyne Juneau, Colette Lambert, Lucien Lavalère, Aimé Lebeau, André Lucier, Krystyna Pecko, Deny Roy, Maurice Roy, Michel Roy, Danielle Théoret, Mireille Tremblay et Lyne Viens. En Montérégie, en plus du personnel de la régie régionale, 68 intervenants et gestionnaires du réseau de la santé mentale ont été rencontrés. Dans ce territoire, 57 usagers et leurs proches ont aussi été interrogés. Nous sommes reconnaissants envers ces acteurs d'avoir bien voulu partager leur expertise et leur expérience de ces services. L'étude de cette première planification régionale a conduit à l'analyse d'autres plans régionaux d'organisation des services de santé mentale (PROS.SM) dans les différentes régions sociosanitaires du Québec. Pour l'élaboration de cette recherche, mes remerciements vont à: Nathalie Brière, Alain Couture, Mireille Doré, François Falardeau, Jean Gagné, Françoise Gagnon, Vital Gaudreault, Diane Gautier, Giselain Girard, Carole Hince, Lucie Lagacée, Sylvie Laliberté, Michelle Laroche, Jean-Luc Parenteau, Line Savard, Michel Seewaldt et Margot Tremblay.

Cette thèse a également été facilitée par le soutien de parents et d'amis qui me sont chers. Je les remercie de leur attachement dans cette aventure. Spécifiquement, je tiens à souligner ma reconnaissance envers Jacques G. Ruelland qui est une source d'inspiration et un ami que j'affectionne particulièrement. Toute ma gratitude va aussi à Guy Côté, Carole Vaillancourt, Nabil Bazdah et Jean-François Fleury qui m'ont hébergée lors de mes séjours à Montréal. Enfin, je remercie mes collègues pour leur support, notamment Nathalie Guilbeault, Martin Geoffroy, Delphine Arweller, Sophie Errais, Daniel Reinharz, Marc Bourguignon et Linda Cazale.

*À mon mari, Evens Bernier
Ce travail est l'aboutissement de nos désirs communs*

CHAPITRE 1 : Introduction

Cette thèse s'intéresse au processus de réforme, aux tactiques prises pour reconfigurer un domaine d'intervention publique et aux mécanismes contrant cette mise en cohérence. Un outil de planification fait l'objet de notre investigation: les plans régionaux d'organisation des services de santé mentale (PROS.SM) qui s'inscrivent dans les stratégies de mise en oeuvre de la réforme sociosanitaire, particulièrement de la santé mentale. Le positionnement stratégique des PROS.SM comme régulateurs de la configuration des services de santé mentale mérite de mieux cerner leurs contours, d'autant plus que le bilan de *La Politique de santé mentale (PSM, 1997)* a conclu à l'implantation mitigée de cette réforme. Alors pourquoi les PROS.SM semblent-ils n'avoir répondu que partiellement aux objectifs de structuration de la *PSM* et quelles seraient les stratégies favorables au développement d'une telle réforme? Également, en quoi les réseaux régionaux de santé mentale ont-ils été modifiés depuis la mise en oeuvre des PROS.SM? Ces questions orientent l'ensemble de notre recherche, laquelle s'inscrit dans le champ de l'analyse de l'implantation, dans le paradigme de la complexité et dans la théorie organisationnelle. L'analyse de la réforme PROS.SM est balisée par un cadre conceptuel considérant l'introduction d'une réforme comme un processus complexe, systémique et dynamique. Les PROS.SM sont aussi interprétés comme des outils de planification évolutifs et perméables à leur contexte; le changement s'apparente à un processus incrémentiel et planifié pour ce qui est de la présente réforme. Les problématiques du changement, de ses déterminants et de ses stratégies d'implantation et du partenariat occupent une place singulière dans cette thèse. Comprendre les enjeux sous-jacents au processus d'actualisation de la réforme de la santé mentale appert aussi d'importance.

Ce chapitre introductif propose de cerner le contexte et la problématique générale (section 1.1), le cadre conceptuel (section 1.2) et méthodologique (section 1.3) de cette thèse. L'étude se compose de trois articles et d'un chapitre contextuel de mise en oeuvre des PROS.SM. Deux articles s'intéressent au PROS.SM en Montérégie (*PROS.SMM*) et un article à l'ensemble des PROS.SM dans les différentes régions sociosanitaires (à l'exception des territoires du Nunavik, de la Baie-James et du Nord du Québec). La lecture de ce chapitre introduit les sections de la thèse, ses balises d'interprétation et ses stratégies d'opérationnalisation. Cette recherche, de nature synthétique, s'appuie sur un nombre substantiel d'entrevues (n=160) et sur un relevé de littérature aussi important de sources primaires et secondaires. Elle cherche à mieux comprendre ce que sont les PROS.SM comme outils de planification et de gestion, à les inscrire dans le processus de mise en oeuvre de la réforme de la santé mentale et d'en cerner les impacts et les enjeux. Cette thèse constitue ainsi un apport pertinent pour les gestionnaires ou les chercheurs intéressés au domaine de la santé mentale et au processus d'implantation d'une réforme.

1.1. Contexte et problématiques de recherche

D'importants mouvements de réforme remettent en question à la fin des années 1980 la configuration de l'organisation des services sociosanitaires et particulièrement de la santé mentale. Le réseau sociosanitaire ne devient que l'un des systèmes jouant sur l'amélioration de la santé de la population, les facteurs socioculturels et économiques influençant aussi ce processus. De nouveaux acteurs organisationnels ont aussi émergé comme régulateurs de la santé des populations. Les organismes communautaires revendiquent notamment une place plus importante dans le domaine de la santé. La pertinence du rôle de l'État comme seul régulateur social est également contestée (État providence). La crise économique amplifie aussi l'intérêt à revoir l'articulation du système sociosanitaire et à le recentrer sur la desserte des services à la clientèle. Les problèmes de santé mentale génèrent des coûts importants. Selon les études, entre 13,5% et 18% du budget de la santé sont consacrés à ce portefeuille. Les coûts économiques indirects de cette maladie surpasseraient ces derniers (Lamontagne, 1985).

La santé mentale est le premier programme de santé touché par le mouvement de réforme, cette dernière ayant souvent servi de catalyseur aux autres changements sociosanitaires. La santé mentale est le premier domaine de réforme dans les années 1960 (rapport Bédard, 1961), l'un des premiers secteurs ayant fait l'objet d'une gestion partenariale (les CAR, 1976) et d'un processus de régionalisation (*l'Arrêté en conseil 3179-79*) ainsi que le premier programme encadré par une politique (*PSM*, 1989). Pour implanter les orientations mises de l'avant par les mouvements de réforme, deux stratégies sont principalement proposées: l'amplification du processus de régionalisation et la mise en oeuvre des PROS (*Loi 120*, article 347). L'itinéraire précurseur de la santé mentale et l'ampleur du mouvement de contestation de l'organisation de la distribution de ces services positionnent ce secteur pour lancer le mouvement de réforme. En 1989, le mandat est donc octroyé aux instances régionales d'introduire la réforme (les objectifs et les orientations de la *PSM*), par l'actualisation des PROS.SM.

C'est donc par l'emploi d'un outil de planification et de gestion (les PROS.SM), implanté au niveau régional, que la réforme est mise de l'avant.¹ Les PROS.SM sont définis par le ministère 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 (pour une définition des PROS.SM, voir spécifiquement les sous-

¹ D'après les coordonnateurs du programme de santé mentale des régions régionales, une minorité de programmes autres que la santé mentale ferait l'objet d'un PROS, bien que cette formule soit prévue dans la *Loi 120* (article 347 - pour une explication, voir la section 6.2 -). D'après Berthiaume, «en date de 1995, quatre commandes de PROS ont été faites aux régions par le MSSS, soit en santé mentale, en déficience intellectuelle, en alcoolisme et autres toxicomanies ainsi qu'en déficience physique, toutes dans le cadre d'orientations ministérielles spécifiques à chaque problématique (dans *La planification régionale des services sociaux et de la santé*, sous la direction de Tremblay et al., 1996, p. 61)».

chapitres: 2.4, 3.1 et 5.3)».¹ En santé mentale, les PROS sont circonscrits par la *PSM* (1989) qui vise à implanter une gamme de services plus conforme aux besoins de cette clientèle (de la prévention/promotion à la réadaptation/réintégration sociales), suivant la conception biopsychosociale de la notion de santé mentale. La *PSM* encadre aussi la configuration de l'organisation régionale des services en préconisant certaines orientations: 1) assurer la primauté de la personne, 2) accroître la qualité des services, 3) favoriser l'équité, 4) rechercher des solutions dans le milieu de vie et 5) consolider le partenariat (*PSM*, 1989). Les PROS.SM tendent à développer régionalement ces orientations, tenant compte des particularités socio-économiques respectives de leurs territoires et de modalités de gestion choisies par les acteurs régionaux. Les PROS.SM tentent donc de rencontrer quasiment les mêmes objectifs de planification; les stratégies pour les implanter diffèrent cependant sensiblement d'une région à l'autre. Ces variations dans les modalités de gestion prises pour atteindre les orientations de la planification contribuent à configurer l'organisation de la distribution des services dans les régions sociosanitaires. Elles ont aussi des effets différents sur la rencontre des objectifs de la *PSM*.

Les PROS.SM sont perçus comme des outils de planification substantiels de changements, puisqu'ils élargissent le champ de la santé mentale à d'autres interventions que l'hospitalisation et le traitement psychiatrique et encouragent à rapprocher les services des communautés. Pour la plupart des régions, la période d'élaboration des PROS.SM s'étale entre 1989 et 1991. L'exercice rassemble les acteurs-clés de ce programme, la formule tripartite étant mise de l'avant pour élaborer les plans de planification (les établissements, le communautaire et l'intersectoriel - municipalité, secteur de l'éducation... -). Avec les PROS.SM, le rôle des acteurs organisationnels autres que ceux qui exercent en milieu psychiatrique est donc institutionnalisé. Les PROS.SM sont des instruments centraux de démocratisation, puisqu'ils intègrent une pluralité d'acteurs au processus de prise de décision, acteurs venant de différents groupes d'organisations et représentatifs de différentes régulations. Les PROS.SM sont aussi structurés par des principes organisationnels particuliers: la gestion par programmes, l'approche par objectifs/résultats et l'évaluation occupent une place centrale dans ces documents. La planification est systémique et formalisée (les documents ont presque tous plus de 200 pages), imprégnée des différentes étapes de ce processus (planification stratégique, tactique et opérationnelle: Pineault et Daveluy, 1986, 1995).

Le contexte du milieu de la décennie qui suit la mise en oeuvre des PROS.SM modifie ces derniers, puisqu'il oriente l'implantation de la réforme et change le positionnement stratégique des PROS.SM comme régulateurs de ce mouvement. La dynamique sociale a aussi contribué à ces

¹ Comité conjoint MSSS-CRSSS, *Plans régionaux de services, principes et orientations*, 1987, p. 5.

changements, donnant un sens davantage politique à l'outil.¹ Particulièrement, la régionalisation est accentuée; les instances régionales ont dès lors plus de pouvoir pour reconfigurer leurs réseaux de santé mentale. Le contexte économique donne aussi un élan à l'implantation des PROS.SM, renforçant l'importance de mieux intégrer les systèmes et améliorant l'adéquation des rôles des acteurs aux impératifs d'efficience des réseaux. Les plans de transformation des services sociosanitaires sont notamment préconisés comme formule de planification pour rencontrer les objectifs de la *PSBE* (1992) et des compressions financières du système. Bien que les PROS.SM demeurent toujours la « bible » de l'articulation de l'organisation de la distribution des services de santé mentale, les plans de transformation actualisent la planification en santé mentale au contexte socio-économique.

Le positionnement stratégique des PROS dans la régulation des services de santé mentale impose donc de mieux cerner leurs contours et leurs effets, afin d'identifier pourquoi ils n'ont correspondu que partiellement à ce qui était escompté par les réformateurs (*Bilan d'implantation de la PSM*, 1997). Répondre à cette interrogation implique, d'une part, de les inscrire dans le mouvement de reconfiguration du système et de la dynamique propre du champ de la santé mentale, d'autre part, de les situer en tant qu'outils de planification et, enfin, d'identifier leur mise en oeuvre et leurs effets. À ce jour, peu de recherches ont analysé ce que sont les PROS.SM et leurs impacts sur le cours de la réforme en santé mentale.² Étant donné le contexte socio-économique actuel, il importe de mieux comprendre les mécanismes de régulation régionale et de circonscrire l'apport des PROS à ce processus.

Pour ce faire, une région sociosanitaire a particulièrement été considérée sous l'angle de sa planification régionale: la Montérégie. Cette dernière se présente comme une région sociosanitaire intéressante à étudier pour son programme de santé mentale, la proximité du territoire de notre lieu d'étude aidant. C'est une région surtout urbaine, mais le milieu rural demeure important: plus de 22% de la population se retrouvent en milieu rural sur une superficie de 70% du territoire; elle

¹ La politisation des PROS.SM a rendu le nom de l'outil (PROS) impopulaire aux yeux de plusieurs (débat entre les acteurs, surtout entre les acteurs organisationnels des établissements et des organismes communautaires).

² Notons un article de Turgeon et Landry (1995) sur les PROS.SM qui sont considérés comme des mécanismes de mise en cohérence de l'action publique. Les auteurs s'intéressent aux conditions d'implantation des PROS. Trois conditions de succès relatives à la formulation et à la mise en oeuvre des PROS.SM sont identifiées: 1) l'adhésion des acteurs préidentifiés dans des rôles planifiés; 2) les éléments de contenu d'un plan régional; 3) la capacité d'adaptation d'un plan aux contraintes du milieu. Les auteurs concluent que peu de conditions de succès ont été remplies. La démarche PROS.SM n'a pas tellement mobilisé les acteurs en raison de son approche technocratique et épidémiologique. L'exercice n'a pas débouché sur une réallocation intrarégionale ou interorganisationnelle. Les documents PROS.SM sont imprécis au sujet de la manière d'assurer leur financement et ils ne mettent de l'avant aucun mécanisme de sanction/compensation. Enfin, la difficulté de faire des PROS des instruments de rationalisation et de réallocation intrarégionale en même temps que des outils de planification en partenariat, la décentralisation régionale qui est plutôt administrative et le financement centralisé du système contraignent la réforme de la santé mentale. Un livre a aussi été récemment publié, *La planification régionale des services sociaux et de santé: enjeux politiques et méthodologiques* (Tremblay et al., 1996 - inspiré d'un colloque de l'ACFAS, 1993 -), qui s'intéresse spécifiquement à la question de la planification en santé mentale. Les sujets traités relèvent des thématiques telles que: la décentralisation et la démocratisation, la gestion de programmes, la répartition interrégionale des ressources financières, l'action intersectorielle... Plusieurs régions sociosanitaires ont également effectué une évaluation de leur PROS.SM. Le territoire de l'Outaouais a singulièrement mené à terme plusieurs analyses d'implantation de son PROS.SM et une analyse d'impact. Pour la plupart des régions sociosanitaires, ces évaluations tiennent néanmoins davantage compte des activités de planification qui devaient être développées que de la rencontre des objectifs de configuration régionale des PROS.SM à la *PSM*.

constitue la première région agricole au Québec, tout en étant une région manufacturière majeure. L'étendue du territoire la prédispose à une décentralisation de l'organisation des services, ce qui est d'ailleurs une politique centrale de l'instance régionale. La pluralité des acteurs en présence milite aussi en faveur de cette tendance. La région est parmi celles qui ont le plus consolidé les groupes communautaires pour leurs services de santé mentale. Le renforcement du communautaire est jugé comme une perspective intéressante en regard de la réforme. La RRSSSM a également contribué à enrichir le développement de la notion de programmes. Plusieurs documents ont été rédigés à ce sujet par cette région en collaboration avec des partenaires régionaux et le ministère. La conception de cette notion dans ce territoire est singulièrement originale. La région a aussi reçu des fonds substantiels avec la mise en oeuvre du PROS.SM, ce qui a donné un élan catalyseur au mouvement de réforme. Ce dernier est néanmoins bien relatif, puisque cette région demeure l'une des plus pauvres pour ce programme. Enfin, aucune recherche évaluative sur le PROS.SM dans ce territoire n'a été effectuée. Étant donné l'importance de cette expérience, les gestionnaires de la RRSSSM se sont donc montrés fort intéressés et coopérants envers cette recherche.

L'étude de la planification régionale en santé mentale en Montérégie a suscité notre intérêt à mieux approfondir la représentation des PROS.SM dans d'autres territoires régionaux. Étudier la trajectoire d'autres planifications régionales a ainsi permis de mieux comprendre la notion de PROS.SM et l'impact de cette intervention sur la configuration de la dispensation de ces services régionaux. Les conclusions de cette recherche ont aussi pu mettre en perspective nos résultats relatifs à la Montérégie. Pour ce faire, toutes les régions sociosanitaires ont été examinées pour leur programme de santé mentale, à l'exception du Nord du Québec, du Nunavik et de la Baie-James.

Deux articles rendent compte des résultats de l'analyse évaluative en Montérégie; un article relève ceux relatifs à l'investigation de la planification des réseaux régionaux de santé mentale. Un chapitre contextuel de mise en oeuvre des PROS.SM (chapitre 2) a par ailleurs été rédigé. Il tend à inscrire les PROS.SM au sein des réformes sociosanitaires et contribue à mieux identifier l'articulation d'un PROS.SM. Une brève rétrospective des réformes des systèmes sociosanitaire et de la santé mentale y est présentée (sections 1 et 2). Singulièrement, les éléments perturbateurs aux réformes et le processus de régionalisation (section 3) demeurent pertinents à circonscrire, parce qu'ils balisent le pouvoir structurant des PROS.SM. Le *PROS.SMM* illustre la démarche d'élaboration et d'implantation de l'intervention (section 4).

Après avoir étudié le contexte de mise en oeuvre des PROS.SM, les trois articles de la thèse proposent de cerner la contribution de ces derniers à l'implantation de la réforme de la santé mentale (voir le tableau 1). Le chapitre 3 répond spécifiquement à cette question de recherche pour

la région sociosanitaire de la Montérégie. L'intérêt de cet article est de mettre en perspective l'impact du *PROS.SMM* par rapport à d'autres composantes structurelles et stratégiques d'implantation d'un changement. Le *PROS.SM* y est identifié comme un instrument de planification complexe et dynamique, dont les contours restent fluides; il est également positionné par rapport aux objectifs poursuivis par la *PSM*. Particulièrement, l'importance des changements envisagés pour introduire la réforme et les ressources limitées mobilisées pour se faire sont mises en relief. Quatre perspectives en théorie du changement organisationnel soutiennent l'analyse de la mise en oeuvre du *PROS.SMM*: l'approche contextualiste (Pettigrew, 1985), contingente (Drazin et Van de Ven, 1985; Newman et Noble, 1990; Denis et Champagne, 1993), incrémentielle (Johnson, 1988; Quinn et College, 1992; Tushman et Romanelli, 1985; Minzberg, 1978) et institutionnaliste (Greenwood et Hinnings, 1993, 1996; Oliver, 1991, 1992; Scott et Meyer, 1991; Berger et Luckmann, 1986; Bourdieu, 1975; DiMaggio et Powell, 1991). L'analyse s'appuie aussi sur la théorie sur l'innovation scientifique (Callon et al., 1986, 1989; Kuhn, 1983; Power, 1996) et sur les outils de gestion (Berry, 1983; Charue-Duboc, 1994; Mintzberg, 1991, 1994; Greiner et Bhambri, 1989; Denis et al., 1992). Ces courants théoriques soulignent l'intérêt d'examiner d'une façon systémique l'implantation d'une réforme et ils mettent en exergue la nature plus souvent qu'autrement incrémentielle de ce processus. La contribution théorique de cet article à la thèse est de démontrer les balises de la contribution de l'instrument à l'actualisation de la réforme de la santé mentale. D'un point de vue empirique, l'article effectue le bilan de la mise en oeuvre du *PROS.SM* dans cette région sociosanitaire (la Montérégie).

Ce premier article met en perspective l'importance des structures de concertation, comme composantes de l'outil *PROS.SMM*, et de la dynamique organisationnelle dans le processus de mise en oeuvre d'un changement stratégique. Par ailleurs, le *PROS.SMM* et la *PSM* poussent à la constitution de réseaux coordonnés et continus de services et à la communautarisation de l'offre de ces services. En Montérégie, la planification régionale est particulièrement décentralisée et implique l'ensemble des acteurs organisationnels du réseau: les établissements, les groupes communautaires et l'intersectoriel. Un nouveau partenariat est ainsi institutionnalisé entre les forces de régulations locales et centrales. Ce deuxième article tend à mieux relever les formes prises par ce nouveau partenariat. Les relations interorganisationnelles sont dès lors interprétées comme des déterminants centraux du développement de la réforme de la santé mentale. Les modèles des échanges interorganisationnels (- «the exchange perspective» - Levine et White, 1961; Thompson, 1969; Jacobs, 1974), de l'économie politique (- «the power-dépendency approach» - Benson, 1975; Stern, 1979; Schmidt et Kochan, 1977; Lawless et Moore, 1989; Whetten, 1981; Hall et al., 1977) et des déterminants (Gray, 1985; McCann, 1983; Denis et al., 1990) en théorie des relations interorganisationnelles encadrent l'analyse de la configuration du partenariat en santé mentale en

Montérégie. Quatre niveaux d'analyse sont identifiés pour cerner la collaboration interorganisationnelle (CIO) pour ce programme dans cette région sociosanitaire: la coordination structurelle, les déterminants et les dynamiques processuelles et locales. Cet article contribue à améliorer notre compréhension d'un des mécanismes centraux de l'articulation de la réforme: le partenariat.

Tableau 1: Synthèse des objectifs et de l'articulation de la thèse

Impact de la planification régionale et des PROS sur la structuration de la réforme de la santé mentale au Québec			
Projet de la thèse: Étudier la mise en oeuvre des PROS et leurs contributions à l'implantation de la réforme des services de santé mentale au Québec, singulièrement pour la région sociosanitaire de la Montérégie			
Objectif général d'évaluation de la thèse: Mieux comprendre les processus de réforme et particulièrement le rôle des outils de gestion et de la planification dans la transformation du système de santé mentale			
	Article 1	Article 2	Article 3
Projets:	Mieux comprendre le rôle du PROS dans la transformation du système de santé mentale (en Montérégie)	Étudier l'inscription du partenariat au niveau régional et sous-régional comme nouvelle forme de régulation du secteur de la santé mentale depuis la mise en oeuvre du PROS(SMM)	Mieux définir le modèle de l'intégration des services de santé mentale et identifier son implantation au Québec
Objectifs généraux:	Mieux comprendre l'interaction de processus stratégique, contextuel et temporel sur la mise en oeuvre du PROS.SM et apprécier ses effets	Mieux comprendre la configuration du partenariat en santé mentale dans ces différentes dimensions: structurelle, processuelle, locale et selon ses phases de mise en oeuvre	Tracer des repères concernant la configuration des services régionaux et identifier les principales opérations et tactiques permettant de rendre l'organisation des services davantage conforme au modèle de l'intégration
Objectifs spécifiques:	<ul style="list-style-type: none"> •Mieux comprendre les enjeux de la réforme de la santé mentale •Mieux définir l'intervention PROS.SM •Évaluer la mise en oeuvre du PROS.SMM •Apprécier le rapport entre mise en oeuvre d'une intervention et ses effets 	<ul style="list-style-type: none"> •Analyser l'impact d'une CIO mandatée sur les formes prises par le partenariat en santé mentale •Analyser l'impact d'un réseau centralisé et divergent... •Examiner le rôle des agents de liaison... •Analyser l'impact de la dynamique régionale et sous-régionale... 	<ul style="list-style-type: none"> •Mieux comprendre l'impact relatif de l'intégration clinique, du corps médical et administrative sur l'implantation du modèle •Mesurer le rôle jouer par la décentralisation des services... •Mieux cerner l'impact du contexte... •Identifier des modèles de CIO
Logique d'articulation des articles:	La dynamique organisationnelle et les structures de concertation, comme outils de planification régionale, ressortent comme des déterminants centraux de l'actualisation du PROS.SMM. L'article deux propose donc de mieux étudier les formes de partenariat dans le domaine de la santé mentale.	Cet article souligne qu'étant donné la centralisation et la divergence du réseau et le fait que la réforme soit mandatée, il importe d'investir dans la recherche de mécanismes et de stratégies permettant de mieux arrimer le système. Des formes de CIO davantage formalisées sont aussi favorisées.	À ce stade-ci de la recherche, les objectifs étaient de comparer la trajectoire de la Montérégie à celle d'autres régions sociosanitaires et d'identifier un modèle de santé mentale correspondant à la réforme présente et allant dans le sens de nos résultats de recherche. L'intégration des services a été considérée comme une voie intéressante pour mieux arrimer les services et réformer le système.

L'étude du PROS.SMM et de la PSM a suscité notre intérêt, d'une part, à examiner la planification régionale en santé mentale des autres régions sociosanitaires et, d'autre part, à modéliser le projet d'organisation des services de santé mentale de cette politique et des planifications régionales. Le modèle de l'intégration des services est ici apparu pertinent. Le troisième article vise à mieux définir ce modèle et à effectuer le bilan de son actualisation dans les différentes régions sociosanitaires. Ce modèle se caractérise par un réseau décentralisé de services coordonnés et continus et il repose sur une approche biopsychosociale de la nosologie de cette problématique (Provan *et al.*, 1994, 1995, 1996; Shore et Cohen, 1990; Dill et Rochefort, 1989; Aldrich, 1978; Bolland and Wilson,

1994; Gillies *et al.*, 1993; Conrad, 1993; Ross, 1979). Trois types d'intégration sont identifiés (l'intégration clinique, du corps médical au système et administrative), pour lesquels des mesures évaluatives sont présentées. Trois groupes de régions sont recensés comme ayant à différents niveaux introduit ce modèle. Cet article permet d'avoir une vue d'ensemble de la contribution de la planification régionale et des PROS.SM à l'implantation de la réforme de la santé mentale au Québec. Par le modèle de l'intégration des services, l'article soumet aussi une trajectoire pour interpréter les projets de changements de régulation en ce domaine sociosanitaire.

Ces trois articles, constituant le coeur de cette thèse, ont ainsi pour but de mieux comprendre le processus d'implantation d'un changement stratégique dans un domaine public et sociosanitaire, pour lequel est démontrée la pertinence d'établir un nouveau partenariat entre les acteurs et d'ériger des services intégrés d'orientation communautaire avec des pôles de spécialisation. Chacun des articles de cette thèse s'appuie sur un cadre théorique particulier, élaboré en fonction de ses propres problématiques de recherche. L'article premier est notamment articulé autour de la question de l'implantation d'un changement stratégique; l'article 2, des relations interorganisationnelles; l'article 3, du modèle de l'intégration. La thèse est aussi structurée en regard d'un cadre conceptuel général qui est présenté dans la section suivante.

1.2. Cadre conceptuel

Pour examiner la mise en oeuvre des PROS.SM, un cadre conceptuel d'interprétation générale et un modèle d'analyse des composantes des PROS.SM sont présentés, qui circonscrivent les articles de la thèse. Le cadre général considère l'analyse de l'implantation d'une réforme comme un processus complexe, systémique et dynamique. L'étude de l'introduction d'une réforme est interprétée en fonction de trois dimensions (institutionnalisation, cadre d'interaction et pouvoir/culture) et de cinq niveaux d'analyse: 1) le contexte socio-économique (Québec/Canada/Occident), 2) l'État et la société civile, 3) le champ de la santé mentale (médical/alternatif), 4) la structuration organisationnelle et 5) l'individu. L'actualisation des PROS.SM est aussi cernée en regard des types de changements à implanter (incrémentiel/radical, planifié/émergent) et de son appropriation par les acteurs régionaux. Le modèle d'analyse des composantes de mise en oeuvre des PROS.SM s'inscrit dans le cadre général d'interprétation. Il identifie les composantes de mise en oeuvre et d'effets de l'outil.

Le cadre conceptuel général d'interprétation de la thèse fait d'abord l'objet de notre attention (section 1.2.1). La présentation qui suit établit les balises paradigmatiques et théoriques de la thèse,

définit les niveaux d'analyse et les dimensions à l'étude et détermine l'interprétation donnée du changement, des acteurs et du processus de développement d'une réforme. Le modèle des composantes de mise en oeuvre des PROS.SM est ensuite abordé (section 1.2.2). La dernière partie de ce sous-chapitre tend finalement à arrimer ce dernier et le modèle d'interprétation générale aux trois articles de la thèse (section 1.2.3).

1.2.1. Cadre conceptuel général d'interprétation de la thèse

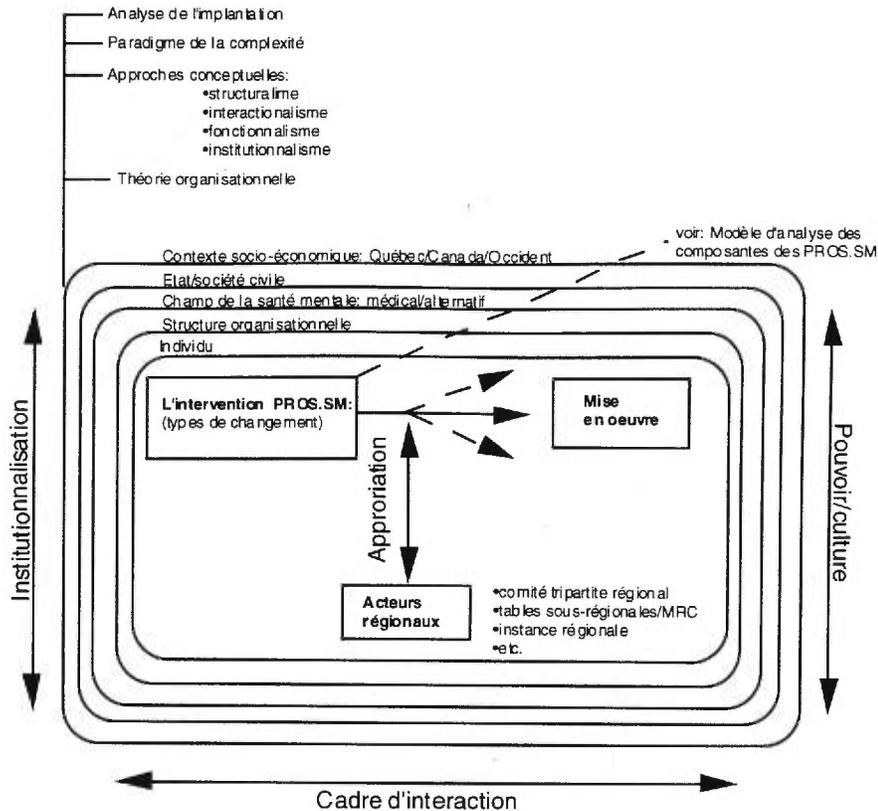
Le cadre conceptuel général d'interprétation de la thèse s'inspire de la réunion de différents courants théoriques: le structuralisme, l'interactionnalisme, le fonctionnalisme et l'institutionnalisme (voir la figure 1). Chacun de ces derniers est perçu en fonction d'une vision promue de la construction de la réalité sociale et en regard de composantes d'interprétation prioritaires. Ainsi, les analyses structuraliste et fonctionnaliste sont retenues en raison de leur vision globalisante: «la société est vue comme un ensemble de parties interdépendantes formant une totalité ayant une certaine cohérence interne (Rocher, 1992, p. 341)». Cette première insiste singulièrement sur l'importance des structures sociales, balisant l'orientation de changements ou l'action des hommes. Cette deuxième, sur l'atteinte de buts qui contribuent à moduler l'action sociale. Par opposition, la théorie interactionniste s'intéresse davantage à l'aspect microsociologique des phénomènes sociaux. Les interactions sont jugées comme les productrices majeures du cours de l'évolution. L'approche institutionnaliste est enfin relevée pour l'importance accordée à la construction de la réalité sociale qui devient phénomène de légitimation. L'intérêt n'est pas ici de bien définir chacune de ces écoles, reliées à un corpus théorique complexe, mais d'identifier, par leur biais, des orientations qui appuient la conception de l'analyse des PROS.SM.

Dans le cadre conceptuel de cette recherche, les structures sociales s'apparentent à des forces structurantes. Les acteurs peuvent cependant les transcender par leur détermination et leur interaction dans des contextes différents. Les structures et les acteurs sont perçus en fonction de leur histoire et des pouvoirs qu'ils ont pu construire et légitimer. Une vision consensuelle de la réalité et la détermination de buts orientent aussi la dynamique sociale, laquelle est aussi fractionnée en fonction de différents groupes organisationnels ou entités locales. L'actualisation des PROS.SM est par exemple fortement déterminée par les conditions économiques de l'État. Des mouvements sociaux tels que la syndicalisation, la révolution féministe, la constitution de l'État providence et l'émergence du communautaire viennent aussi encadrer la réforme en santé mentale. Particulièrement, l'enfermement/traitement est de plus en plus considéré comme une intervention inadéquate par rapport au contexte économique, à la morale de la société (valeur humanitaire) et à l'évolution technologique (mise en marché des neuroleptiques et des antidépresseurs).

L'émergence de nouvelles forces sociales ou de nouveaux acteurs à côté des intervenants plus traditionnels du domaine de la santé mentale bouleverse aussi l'institutionnalisation des rôles des différents acteurs organisationnels et la structuration du pouvoir de ce secteur. Les nouveaux acteurs mettent de l'avant des régulations qui leur sont propres, ce qui décristallise d'autant plus la représentation de la distribution des services dans ce domaine sociosanitaire. Les groupes communautaires, surtout ceux qui sont membres de la RRASMQ ou de l'AGID, prônent par exemple une vision alternative de la santé mentale (alternative au modèle hospitalocentrique); ils sont aussi contre une régulation trop planifiée, favorisant plutôt des formes de régulations émergentes. La décentralisation du système consolide également les forces des sociétés civiles, dont les organismes communautaires et les sous-régions sont représentatifs, de même que la région vis-à-vis le ministère. L'appartenance aux formes de régulations locales ou centrales dépend de la position comparative des acteurs organisationnels. Les individus peuvent néanmoins transcender cette appartenance organisationnelle et ainsi se distancer des modes de régulation qui y sont promus. Notamment, la collaboration des CH au processus de réforme en santé mentale est souvent relative à la personnalité des dirigeants qui peuvent infléchir la vision et le comportement organisationnels de ces institutions.

Dans ce cadre conceptuel, le niveau sociétal (contexte socio-économique) est interprété comme un épistémè et comme un ensemble formé de deux sous-systèmes: un sous-système structuro-matériel et un autre symbolique (Chanlat, 1990). Nous entendons par le concept d'épistémè un ensemble de connaissances réglées, de types de rationalité et de routinisation de l'action, propres à l'esprit d'un temps et d'un lieu; «un ensemble de relations pouvant unir, à une époque donnée, les pratiques discursives qui donnent lieu à des figures épistémologiques, à des sciences, éventuellement à des systèmes formalisés (Dreyfus et Rabinow, 1984, p. 37)». Les niveaux de l'État et de la société civile sont représentatifs des forces de régulation en opposition: force émergente et locale et force centrale et planifiée. L'émergence de l'État providence a donné un statut particulier à cette opposition. Ce dernier a tenté d'assimiler la société civile qui s'est coalisée pour survivre. Néanmoins, il y a de plus en plus une interpénétration entre la société civile et l'État (Habermas, dans White, 1993). Les organismes communautaires, qui sont intégrés à la société civile, sont notamment consolidés par l'État; ce dernier est aussi davantage porté à s'allier à la société civile plutôt qu'à la récupérer. Le niveau individuel est examiné car les individus sont jugés en tant qu'acteurs, capables de se déjouer du «poids» des structures organisationnelles et sociétales (Crozier et Friedberg, 1977). La personnalité des acteurs a par exemple été rapportée comme l'une des conditions déterminantes de l'implantation de l'intégration des services de santé mentale.

Figure 1: Cadre conceptuel de l'impact de la planification régionale et des PROS sur la structuration de la réforme de la santé mentale



Le concept de champ est identifié à un espace historique structuré de relation de pouvoir et formé d'une vision consensuelle de la réalité: d'une logique et d'une pratique, de capitaux et d'habitus particuliers (Bourdieu, 1975, 1987, 1989, 1992; Accardo, 1986, 1991). On désigne par capital les prédispositions et les acquis individuels et sociaux d'ordre économique, culturel et symbolique. L'habitus réfère aux schèmes de perception, d'appréciation et de pratiques historiques qui sont inculqués par un individu, une organisation ou un champ. L'habitus est l'histoire individuelle et sociale intériorisée. Les champs peuvent être plus ou moins légitimés et plus ou moins autonomes, leur rapport à la société civile et surtout à l'État (le champ du pouvoir) étant représentatif de ce degré de légitimation et d'autonomie (Fleury *et al.*, 1998; voir plus loin la notion d'institutionnalisation). Trois champs sont traités dans cette thèse: le champ alternatif, médical et de la santé - ou le champ réformiste - . En santé mentale, le champ alternatif est associé aux forces communautaires et surtout aux ressources «alternatives»; le champ médical, aux CH par leurs départements de psychiatrie et le champ de la santé, à la réforme en cours, particulièrement à l'action des régies régionales et du ministère. Le champ alternatif est caractérisé comme une forme territorialisée de régulation et par une déprofessionnalisation des interventions, une démedicalisation des processus de vie, une dévictimisation des individus et une déséxisation de la

société (Lamoureux, 1994). Le champ médical se spécifie, pour sa part, par une approche clinico-pathologique et épidémiologique de la maladie et une pratique hospitalocentrique. En santé mentale, le courant alternatif privilégie les notions «psychosociale» du concept de santé mentale; le courant médical, la notion biomédicale. Le champ réformiste tente de faire une place à l'ensemble des philosophies et des pratiques d'intervention, la notion biopsychosociale du concept de santé mentale étant privilégiée.

Le niveau de la structure organisationnelle correspond principalement aux CH, aux CLSC, aux organismes communautaires et aux membres de l'intersectoriel (municipalité, scolaire, etc.) qui interagissent dans le domaine de la santé mentale. Plusieurs définitions ont été données de la structure organisationnelle; le corpus en théorie organisationnelle apparaît fort éclaté. Séguin et Chanlat (1992), qui ont tenté une schématisation de cette théorie, identifient trois paradigmes qui structurent l'ensemble de ce corpus, regroupant différentes écoles¹: les paradigmes fonctionnaliste, critique et de la complexité. Le premier a été pour longtemps le paradigme dominant en science administrative, le paradigme critique étant souvent laissé pour compte. Le troisième est en voie d'émergence, influençant de plus en plus les façons de concevoir l'organisation. Plusieurs postulats sont rattachés à l'analyse organisationnelle imprégnée par le paradigme fonctionnaliste: 1) une conception systémique (ensemble dont les parties sont reliées les unes aux autres) et synchronique de l'organisation (accent sur la coordination d'un ensemble), 2) une conception téléologique de l'organisation (des buts consensuels poursuivis), 3) une conception antihistorique de l'organisation (évacuation de l'histoire, des phénomènes de causalité et du changement) et 4) une conception intégrative et non conflictuelle de l'organisation (vision partagée et harmonique). Le paradigme critique est imprégné, pour sa part, de six conceptions de l'organisation: 1) une conception sociologique (importance du pouvoir et des idéologies, des valeurs et des conceptions qui traversent une époque), 2) une conception historique (prise en compte du passé pour expliquer le présent), 3) une conception dialectique de l'organisation (vision processuelle de la réalité qui privilégie les contradictions), 4) une conception démythificatrice des organisations (dénonciation de la réification), 5) une vision actionnaliste des organisations (l'organisation est une expression du vouloir, du savoir et du faire de l'homme) et 6) une vision émancipatrice de l'organisation (libération de la domination et de l'exploitation, préconise la débureaucratiation, l'ouverture de coopératives, etc.) Le paradigme de la complexité propose, quant à lui, de réunir les visions souvent contradictoires de ces deux premiers paradigmes: privilégiant l'ordre et le désordre, la synchronie et la diachronie, etc. (nous y reviendrons). L'organisation peut aussi s'apparenter à différentes images qui, réunies, forment une vision relativement complète de l'organisation. Morgan (1989) répertorie

¹ Les différentes écoles recensées pour les paradigmes fonctionnaliste et critique sont: l'école classique et la théorie wébérienne, l'école des relations humaines, l'école de la prise de décision et l'école systémique (paradigme fonctionnaliste); l'anarchisme, le marxisme, l'actionnalisme et l'existentialisme (paradigme critique).

ainsi plusieurs métaphores qui aident à comprendre la complexité d'une organisation. L'organisation est conçue comme une machine, comme un organisme, comme un cerveau, comme une culture, comme un système politique, comme une prison du psychisme, comme flux et transformation et comme instrument de domination.¹

En fait, il n'y a pas que l'organisation qui peut être considérée en ces multiples dimensions, mais l'ensemble d'un problème étudié. Les paradigmes conditionnent la perception et l'analyse que l'on fait d'une problématique. Chacun des niveaux décrits dans ce cadre conceptuel peut ainsi être compris en regard d'une perspective fonctionnaliste, critique ou de la complexité ou d'une ou de l'ensemble des métaphores. Il est néanmoins impossible d'embrasser la réalité, même si le chercheur tend à cette utopie. L'approche systémique a tenté cette «voltige», essayant de saisir l'univers par son regard holistique. C'est contre ce mouvement ou son contraire, une approche fonctionnaliste ou critique, que le paradigme de la complexité s'inscrit, puisque ces courants représentent tous à leur manière une simplification de la réalité. Morin (1982) explique ce paradigme par ces diverses assertions fort significatives: «le tout est moins que la somme des parties», «les parties sont éventuellement plus que le tout», «le tout est plus que le tout», «les parties sont à la fois moins et plus que les parties», «le tout est insuffisant», «le tout est incertain» et le «tout est conflictuel».

Ainsi le chercheur, qui veut embrasser la réalité d'un regard holistique, est-il contraint de négliger la subtilité de chaque partie formant cette réalité. N'examiner qu'une partie est une perspective intéressante permettant de dégager la complexité d'une section de la réalité, néanmoins détachée de l'ensemble, cette réalité n'est que partielle, etc. Le paradigme de la complexité nous apprend aussi qu'on ne peut pas tout synthétiser; certains ensembles sont impossibles à imbriquer. Il nous enseigne également que la réalité est un phénomène construit, limité par l'entendement d'un individu marqué par sa formation, son origine sociale, ses expériences de vie, de son temps, de son lieu d'habitat, etc. L'histoire de l'individu marque l'histoire de ses recherches, comprendre l'individu enseignant sur ces dernières. C'est dans le paradigme de la complexité que s'intègre cette thèse, courant actuellement de plus en plus promu en science administrative. Cette thèse est donc tout imprégnée des limites mises en relief par cette approche. Les cinq niveaux d'analyse du cadre conceptuel général de cette thèse doivent être interprétés en fonction du paradigme de la complexité.

¹La méthode généalogique exposée par Foucault (1975; Dreyfus et Rabinow, 1984) dans ses travaux plus récents (à partir surtout des années 1970) apparaît aussi intéressante pour expliquer les phénomènes sociaux et les comportements organisationnels. Par exemple, pour cerner la configuration d'un secteur d'activités, cette méthode repère, dans la continuité des événements, les discontinuités ou les ruptures et la place occupée par ce secteur d'activités dans le contexte plus large du pouvoir.

En plus de ces cinq niveaux, trois dimensions d'analyse ont été mentionnées dans le cadre conceptuel de cette thèse: le pouvoir/la culture, l'institutionnalisation et le cadre d'interaction. Le pouvoir est conçu comme un rapport de force qui est contraignant ou stimulant. Le pouvoir est inhérent à toute action et à toute relation d'échange; toute relation d'échange est foncièrement inégalitaire. L'inégalité s'explique par la possession de capitaux divergents (Bourdieu, 1975, 1987, 1989, 1992; Accardo, 1986, 1991) et par le contrôle ou la démythification de règles de jeux (Friedberg, 1992; Crozier et Friedberg, 1977). Quatre types de capitaux sont relevés: économique, social, culturel et symbolique. La portée des capitaux est fonction du champ dans lequel les individus ou les organisations sont insérés. En santé mentale, le capital culturel, relié au savoir, est le plus promu (Bourdieu, 1975). En ce sens, les professionnels de la science médicale sont les plus investis de pouvoir. Le capital économique et le capital social (appelé aussi capital relationnel) ne sont toutefois pas ici à négliger et vont souvent de pair avec le statut octroyé aux acteurs ou aux organisations selon leur capital culturel. La médecine est notamment l'une des professions les mieux payées et les mieux légitimées par la société civile et par l'État.

Les règles de jeu sont définies comme «des mécanismes de régulation, plus ou moins stabilisés et articulés, structurant les processus d'interaction, c'est-à-dire d'échange et de négociation à travers lesquels les acteurs concernés règlent et gèrent les dépendances mutuelles qui ont donné naissance à leur coopération, en même temps qu'elles sont entretenues par elles (Friedberg, 1992, p. 111)». La force d'un acteur ou d'une organisation est de pouvoir, à l'intérieur de ces règles, consolider la pertinence de ses possibilités d'action (définition des solutions et des problèmes pertinents), hausser sa zone d'autonomie et les sources d'incertitude pertinentes contrôlées. L'imprévisibilité du comportement de l'acteur ou d'une organisation, qui témoigne de sa capacité de négocier à l'intérieur d'un répertoire de stratégies structurées par des règles de jeu, n'est pas plus à négliger. La capacité d'un acteur ou d'une organisation est «le produit conjoint de ce que Boudon (1986) a appelé un effet de position (elle dépend de la position qu'un décideur ou un acteur occupe dans un contexte d'action donné et qui conditionne son accès aux informations pertinentes) et d'un effet de disposition (elle dépend des dispositions mentales, cognitives, affectives de ce même décideur qui sont toujours, en partie, préformées par une socialisation passée) (dans Friedberg, 1992, pp. 46-47)». L'acteur et l'organisation en position de force peuvent aussi tenter de modifier les règles de jeu, si celles-ci contreviennent à leur volonté de puissance ou de contrôle ou à leur définition des enjeux (voir plus loin la notion de changement).

La notion de culture, importée du domaine de l'anthropologie à celui de la gestion dans les années 1980, éclaire le processus de changement social et de construction de la réalité. Elle insiste sur les dimensions sémantiques des rapports sociaux, mettant en relief l'importance des croyances, des

valeurs, des normes, des symboles, du langage, des rites et des cérémonies ainsi que des histoires et des personnalités dans l'explication des phénomènes sociaux (Abravanel et al., 1988; Reitter, 1991; Morgan, 1986). La complexité et l'hétérogénéité d'une organisation sont notamment mises en relief (sous-cultures, contre-cultures, etc.). La culture, dont le corpus théorique est fort éclaté (variation de la notion selon les écoles théoriques), peut aussi être vue, par opposition, comme un mécanisme d'uniformisation et de mobilisation dans l'accomplissement de buts communs. L'analyse institutionnaliste, par la portée qu'elle accorde aux archétypes, qui sont définis en termes de structures et de processus liés à un système d'idée et de valeur (Greenwood et Hinings, 1993), renforce l'importance de l'analyse de la culture dans la construction de l'ordre social en théorie des organisations. Pour les institutionnalistes, les normes culturelles représentent des forces d'enrôlement organisationnel centrales, souvent plus capitales que les forces du marché où règne le critère d'efficience (Scott et Meyer, 1991).

La notion d'institutionnalisation fait référence à l'inscription et à la réification de processus ou de structures historiques dans des sphères de légitimation et d'autonomie. Toutes actions ou structures qui se perpétuent dans le temps, sans nécessairement que l'on sache les raisons de cette routinisation de l'action ou de la persévérance de cette structure, sont jugées comme des phénomènes institutionnalisés. Toute forme d'institutionnalisation intègre une définition et une prescription de la réalité socialement construite et des mécanismes élaborés pour préserver cette inscription. Berger et Luckman (1986) identifient quatre niveaux d'inscription d'un processus institutionnalisé: 1) le langage, 2) les proverbes, les maximes et la morale, 3) la théorie et 4) la symbolique. Ces mécanismes proposent «d'euphémiser les rapports de force en rapports de sens, par la transfiguration du fait en droit et en valeur (Cibois, dans Van Meter, 1992, p. 789).» Le degré d'institutionnalisation d'une pratique correspond à son degré de légitimation et d'autonomie. Il existe deux formes de légitimation: par la société civile et par l'État. Le degré d'autonomie fait référence à la potentialité, pour une pratique, de se réguler indépendamment de l'État. Plus une pratique est institutionnalisée, plus elle sera réfractaire au changement. L'étude du degré d'institutionnalisation détermine ainsi la mobilisation au changement (Fleury et al., 1998). Par exemple, la médecine psychiatrique élabore, à la fin du XIX^e siècle, un corpus théorique expliquant la maladie mentale (Keating, 1993; Andreasen, 1985); le médecin psychiatre est aussi consacré garant à cette époque du malade (la symbolique). Il y a ainsi une alliance entre le politique (le champ du pouvoir) et le corps médical qui doit maintenant administrer cette maladie, bien que la compétence scientifique des médecins soit pour le moins douteuse (Castel, 1976; Boudreau, 1984). La psychiatrie devient fortement légitimée par l'État et par la société civile et possède une grande autonomie de régulation. Sa mobilisation dans un projet de changement social demandera ainsi, des protagonistes d'une réforme, une stratégie fort articulée.

La notion de cadre d'interaction est fortement reliée aux effets sémantiques produits dans des situations de co-présence. Des changements dans le cadre d'action jouent sur les effets sémantiques. Le cadre d'action (framing) se conçoit comme ce qui rend possible la mise en ordre, l'organisation des activités et des significations (Goffman, dans Van Meter, 1992). La notion de «faces», la construction de ces dernières dans des situations de co-présence, est inhérente à la compréhension de la notion de cadre d'interaction. La notion de faces est associée à la valeur sociale positive qu'une personne ou qu'un groupe revendiquent. Les faces sont le produit de l'action de ces derniers, mais aussi le produit du reflet de soi sur autrui: c'est par alter qu'ego se construit. La co-présence fait référence à des situations dans lesquelles deux ou plusieurs individus (ou groupes) se rencontrent; l'interdépendance de l'action et du discours influe sur les effets de sens. Ainsi, le changement des structures participatives régionales de santé mentale en 1989 bouleverse les cadres d'interaction. Les partenaires se font maintenant face dans une répartition égalitaire. Ce changement de cadre d'interaction et de situation de co-présence influence les «faces» des groupes et des individus siégeant dans ces instances. Notamment, il y a eu un certain rapprochement entre les groupes communautaires et les départements de psychiatrie; les deux groupes s'affirment moins radicaux dans leur vision (les champs alternatif/médical). Le concept de «face» aide aussi à comprendre la situation des personnes atteintes de problèmes de santé mentale, puisqu'il fait référence à la stigmatisation de cette clientèle.

Comme autre variable à l'étude de ce cadre conceptuel général, le type de changements que la réforme met en jeu demeure important à cerner, influençant la potentialité d'implantation d'une réforme. Le corpus de la théorie du changement, à l'image du corpus de la théorie organisationnelle, est fort éclaté; il a été conditionné par les paradigmes et écoles de pensée soutenus par les auteurs de ce champ (Demers et Simard, 1993). Certains chercheurs se sont consacrés, par exemple, à l'étude du changement planifié ou émergent et d'autres au changement incrémentiel ou révolutionnaire. Les recherches ont focalisé soit sur le changement des processus de travail et des technologies, soit sur le changement structurel, culturel ou stratégique. Certaines études se sont aussi intéressées, tout particulièrement, aux agents du changement et d'autres, à leurs déterminants. Certains auteurs ont osé proposer une recension des écrits, embrassant les différents courants d'un regard holistique (Firsirotu et Doyon, 1991; Demers et Simard, 1993; Pettigrew, 1985, etc.).

Retenons de ce corpus théorique sur le changement quatre caractéristiques orientant le cadre conceptuel de cette thèse: 1) la nature planifiée ou émergente d'un changement, 2) la nature radicale (révolutionnaire) ou incrémentielle (évolutive) d'un changement, 3) la question des déterminants du changement et 4) la vision holistique du changement. Cette dernière oriente

l'analyse de cette thèse, quoique la notion de holisme doit être vue en regard des critiques apportées par le paradigme de la complexité (limite de l'entendement, voir plus haut). L'importance des déterminants du changement est aussi manifeste dans cette thèse; tous les articles comportent une section portant sur ce sujet: «les déterminants et la stratégie d'implantation du *PROS.SMM* (sous-chapitre 3.3)», «les déterminants de l'implantation de la collaboration interorganisationnelle (sous-chapitre 4.3)» et «le contexte et les déterminants d'implantation du modèle de l'intégration des services de santé mentale au Québec (sous-chapitre 5.3)». Le deuxième chapitre de la thèse, «Contexte et mise en oeuvre du *PROS.SM*», s'intéresse aussi à cette question, puisqu'il propose particulièrement d'identifier les conditions encadrant le développement de l'intervention.

L'importance donnée aux déterminants témoigne de notre perception du changement qui est conçu comme un processus complexe, dynamique et politique. Le changement est ainsi davantage jugé comme un processus incrémentiel, quoique l'implantation de changements radicaux ne soit pas un phénomène impossible; cependant, l'introduction d'une réforme substantielle par l'ampleur des modifications soutenues et des enjeux sous-jacents risque fort de s'avérer un processus incrémentiel (Tushman et Romanelli, 1985; Greenwood et Hinnings, 1996; Ramaprasad, 1992). Parfois, les contours de la réforme restent par ailleurs flous, ce qui n'aide pas à l'implantation radicale d'un changement. C'est notamment le cas des *PROS.SM* dont les balises restent incomplètes (approche par programmes et par objectifs/résultats, système d'évaluation, etc.; voir les chapitres 3 et 5). Les réformes dans le secteur public et sociosanitaire sont aussi généralement de type planifiées. La réforme *PROS.SM* résulte d'une décision ministérielle (*PSM*, 1989), une place est néanmoins octroyée aux acteurs régionaux pour structurer la réforme. Rappelons que les *PROS.SM* ont pris forme d'un processus de planification, s'étalant pour la plupart sur deux années. Un changement planifié peut donc comporter une part de régulation émergente. De même, un changement incrémentiel, une part révolutionnaire (voir le chapitre 3). Les plans régionaux de transformation des réseaux sociosanitaires renforcent, par exemple, la tendance radicale du mouvement de réforme, puisque plusieurs départements psychiatriques sont directement contraints à des compressions significatives.

Ainsi, la mise en oeuvre d'une réforme n'est pas un processus facile, puisque l'intervention est implantée dans un contexte particulier (les 5 niveaux d'analyse et les dimensions de l'institutionnalisation, du pouvoir et de la culture) qui agit en interaction avec l'objet même de mise en oeuvre (cadre d'interaction). En fonction de ce contexte, les acteurs s'approprient différemment les processus de réforme. Il y a toujours les partisans d'une réforme et ses détracteurs; les premiers sont souvent les acteurs que la réforme avantage et les deuxièmes, plutôt ceux qu'elle désavantage. La mise de l'avant d'une réforme par le gouvernement implique néanmoins la

présence d'un certain consensus social sur les enjeux de cette réforme (Callon *et al.*, 1986 et 1989; White, 1993). Dans cette étude, une place centrale est donnée aux acteurs siégeant sur les comités consultatifs et de coordination, notamment les comités tripartites régionaux et les tables sous-régionales ou par MRC pour les régions qui en sont pourvues. Ces acteurs jouent un rôle essentiel dans le processus de planification et de coordination des services. Les instances régionales sont particulièrement responsables des effets découlant de leur planification régionale. Les régies régionales tiennent un rôle important en matière d'animation et de soutien du développement des PROS.SM (en ce qui a trait au leadership régional, voir particulièrement le chapitre 4).

Par ailleurs, les réformes substantielles ne sont pas toujours faciles à circonscrire. Notamment, pour étudier l'impact des PROS.SM, comme outil de planification de la configuration de la distribution des services, doit-on ne retenir que les documents PROS.SM? C'est cet exercice qui a été généralisé dans la majorité des régions. Plusieurs régies régionales, pour évaluer leur PROS.SM, ont ressorti des documents les activités de planification qui devaient être mises en oeuvre et ont évalué leur implantation effective.¹ Une telle évaluation ne tient pas compte de l'aspect dynamique de la réforme PROS.SM. Tenir compte de cet aspect complexifie d'autant plus l'évaluation de l'intervention, puisque ses contours sont en perpétuelle évolution. La question demeure alors de savoir où commence et où se termine l'identification des composantes appartenant à l'intervention en tant que telle. Ainsi, les PROS.SM ont sensiblement évolué depuis leur élaboration en 1989. Par exemple, en Montérégie, les structures participatives de mise en oeuvre du document sont-elles différentes des structures d'aujourd'hui. Doit-on les concevoir tout de même comme une composante de l'outil PROS.SM? Sur ce point, les acteurs interrogés sont perplexes. La réforme PROS.SM, bien que les documents ne soient plus d'utilité courante dans plus d'une région, se poursuit néanmoins à travers les plans de transformation pour le volet de la santé mentale. Les PROS.SM sont ainsi vus comme des outils complexes et processuels, qui répondent à des objectifs démocratiques, technocratiques et de structuration (voir le chapitre 3). Interpréter les documents PROS.SM comme des produits qui se perfectionnent au gré de leur mise en contexte (Callon *et al.*, 1986 et 1989) complexifie l'évaluation des PROS.SM, mais ce genre d'étude nous apparaît plus prometteuse en termes de réflexion sur l'intervention.

L'analyse de la mise en oeuvre de l'outil PROS.SM, compris comme projet planificateur de changements de la régulation des services de santé mentale, s'inscrit principalement dans ce qui est appelé l'évaluation du processus. Le concept de mise en oeuvre est défini comme «un usage

¹Par exemple, l'objectif 2.2 du PROS.SM d'une région sociosanitaire identifie l'implantation de centres de crise, le bilan fait ressortir que pour le territoire, il s'est établi «x» centres de crises; l'objectif 4.1 identifie d'implanter un programme régional de financement des organismes communautaires en santé mentale, le suivi d'implantation indique qu'un document en cette matière, *Cadre de référence pour attribution des subventions*, a été rédigé; etc.

approprié et suffisamment intensif de l'intervention (Scheirer et Rezmovic, 1983, dans Champagne et Denis, 1992). L'évaluation du processus vise à désigner comment certaines particularités des milieux d'implantation influencent les effets d'une intervention. L'analyse de la mise en oeuvre de l'outil PROS.SM s'intéresse aussi à d'autres types d'évaluation définis par Patton (1986, dans Champagne et Denis, 1992): 1) à l'évaluation de l'effort et du monitoring de programmes qui vient comparer les caractéristiques de l'intervention planifiée à celles de l'intervention véritablement actualisée et cherche à en expliquer les écarts¹; 2) à l'évaluation des composantes qui exprime qu'une connaissance de l'impact relatif des composantes d'un programme sur les effets observés permet de reconnaître les éléments critiques du succès de l'intervention et 3) à la spécification du traitement qui aide à comprendre comment des variations dans le degré de développement d'une intervention pourraient influencer les résultats obtenus. Les différentes variables du cadre général d'interprétation de la thèse ayant été examinées, la section suivante présente le modèle des composantes de mise en oeuvre des PROS.SM qui s'inscrit au centre de ce cadre général.

1.2.2. Modèle d'analyse des composantes de mise en oeuvre des PROS.SM

Le modèle théorique élaboré pour évaluer la mise en oeuvre de l'outil 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 de l'intervention (moyens, processus, résultats) et les objectifs des PROS.² La figure 2 présente cette modélisation des PROS.SM. Les programmes régionaux poursuivent un ensemble d'objectifs (1,4,5,6) qui devraient être rencontrés par l'implantation de moyens ou de processus de production de services (2,3). L'intervention vise à augmenter la coordination des ressources ou des producteurs de services (3), ce qui devrait jouer sur la qualité des services (5) et ultimement sur leur pertinence et leur efficacité (6). Ce modèle articule la relation entre les PROS.SM et leurs effets autour du principe de coordination latérale, c'est-à-dire d'un modèle de gestion matricielle.

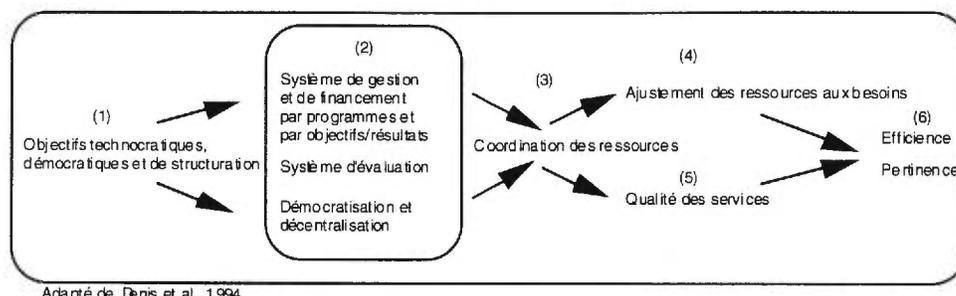
La forme matricielle correspond à l'utilisation par une organisation de structures d'autorité et de mécanismes de support multiples permettant de rassembler les membres d'unités fonctionnelles distinctes pour les faire travailler à la réalisation d'une tâche ou à la résolution de problèmes rencontrés fréquemment par l'organisation (Davis et Lawrence, 1977). S'il s'agit d'une structure temporaire, on parle plutôt d'une gestion par projet que d'une gestion matricielle (Cleland et King, 1983). L'adoption de la forme matricielle devrait permettre de maintenir le niveau de spécialisation

¹L'explication de l'écart entre l'intervention planifiée et implantée n'est pas comprise dans la typologie de Patton, mais elle est jugée comme une variable importante à ajouter à ce modèle par Champagne et Denis (1992).

²Les objectifs poursuivis par les PROS.SM (objectifs technocratiques, démocratiques et de structuration) sont présentés à la section 3.1. (tableaux 2 et 1).

requis chez les différents acteurs tout en favorisant la mise en commun de leur expertise. La gestion matricielle se caractérise par cinq éléments organisationnels (Galbraith, 1971): 1) la différenciation structurelle par la désignation d'un directeur ou d'un responsable des projets ou des programmes et possiblement une départementalisation de cette fonction de coordination (ex.: division de la planification au niveau régional), 2) la présence d'une double structure d'autorité (ex.: l'orientation des activités en santé mentale est aussi encouragée par le niveau régional), 3) l'influence de la nouvelle structure matricielle sur les décisions (Galbraith, 1972) (ex.: au-delà de la fonction de coordination, le niveau régional intervient directement sur les activités par un financement par programmes), 4) des systèmes de support propres à la structure matricielle (Davis et Lawrence, 1977) (ex.: développement par le niveau régional de ressources pour la planification, la budgétisation, le traitement de l'information...) et 5) une dynamique de diffusion interne, c'est-à-dire l'évolution de la gestion matricielle amène graduellement cette structure à englober plus d'activités pour produire les effets attendus (ex.: expansion progressive du financement par programmes dans la région). Cette structure produit un plus grand degré de coordination latérale. Toutefois, en brisant avec le principe d'unité de commande (Mintzberg, 1979), la gestion matricielle doit composer avec des sources multiples d'autorité et les conflits potentiels qui en découlent (Gobeli et Larson 1986, 1987; Ford et Randolph, 1992). Par ailleurs, la dynamique politique caractérisant une organisation ou un champ organisationnel donné peut empêcher de recourir à la forme matricielle jugée optimale (Ford et Randolph, 1992).

Figure 2: Modèle des composantes des PROS.SM



Ainsi, un PROS en santé mentale, en tant qu'approche matricielle de coordination des services, produit potentiellement des effets positifs et négatifs. Par rapport aux effets positifs, la gestion matricielle devrait notamment: accroître la fréquence et la formalisation des échanges et des communications entre les différents acteurs ou unités organisationnelles (Galbraith, 1971; Davis et Lawrence, 1977; Larson et Gobeli, 1987); augmenter la capacité de traitement de l'information du système organisationnel et ainsi, sa vitesse de réponse aux problèmes rencontrés (Davis et

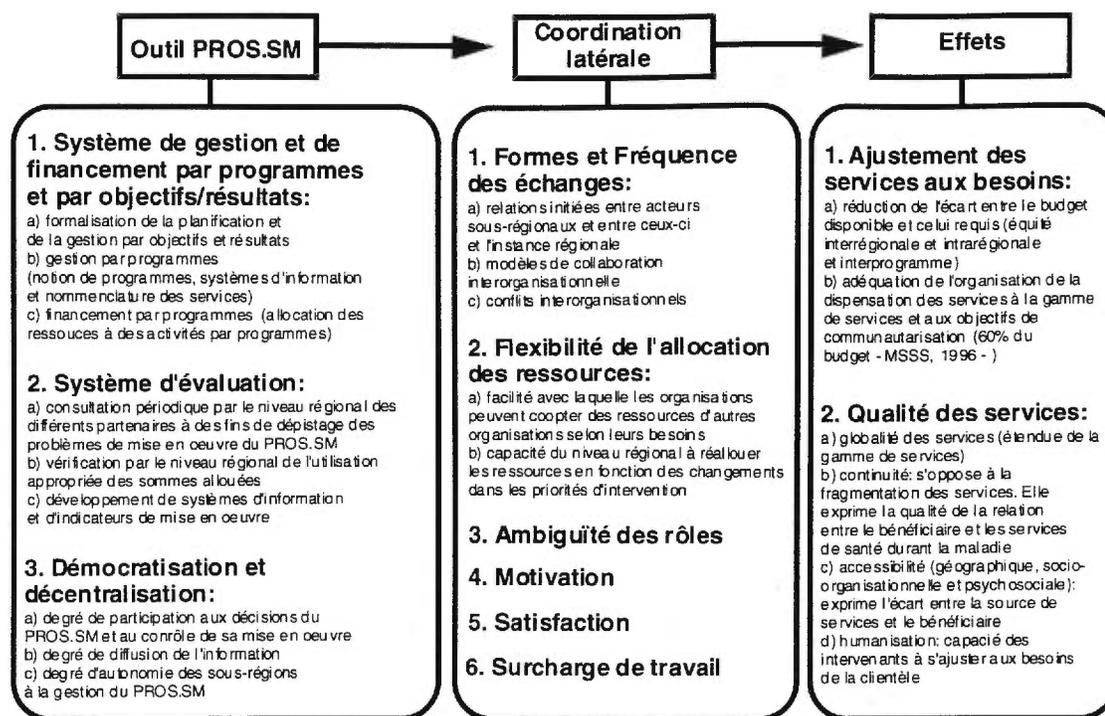
Lawrence, 1977); permettre une plus grande flexibilité dans l'allocation et l'utilisation des ressources, en particulier pour les ressources ou compétences considérées rares dans un système organisationnel (White, 1984); accroître la satisfaction et la motivation des membres des organisations concernées en facilitant le travail d'équipe et la résolution des problèmes auxquels ils sont confrontés (Randolph et Posner, 1992); assurer une meilleure qualité de la production ou des services et conséquemment favoriser l'atteinte des objectifs (Galbraith, 1971). Ces effets positifs reposent sur le postulat que la performance d'une organisation dépend d'un appariement entre les exigences des tâches à réaliser en termes de traitement de l'information et de l'efficacité d'un système organisationnel à traiter l'information pertinente (Burns, 1989). En santé mentale, l'arrimage des services devrait singulièrement améliorer l'efficacité des services dispensés à la clientèle et favoriser le bien-être de l'utilisateur (Conrad, 1993; Gilles, 1993; Ross, 1979; Bolland et Wilson, 1994; Shore et Cohen, 1990; Provan et Milward, 1994, 1995, 1996).

Les effets négatifs de l'approche matricielle résultent en grande partie de la coexistence de sources multiples d'autorité (Ford et Randolph, 1992). La mise en oeuvre d'une forme matricielle peut créer un ensemble de problèmes au niveau organisationnel (Joyce, 1986) et conduire à une intensification des conflits entre les membres des différentes unités concernées, conflits résultant de l'ambiguïté dans les rôles et les responsabilités associés à cette forme (Davis et Lawrence, 1977). Ces conflits se manifestent surtout dans la détermination des priorités à l'intérieur des programmes ou des projets, dans la définition des procédures administratives devant encadrer leur fonctionnement, dans l'allocation des ressources et l'organisation du travail (Denis, 1986). Le risque de conflits est renforcé dans une forme matricielle par une augmentation des interactions entre individus ayant des appartenances diversifiées (Posner, 1986). Les individus qui sont appelés à travailler sous plusieurs responsables de projets ou de programmes sont potentiellement exposés à des problèmes de conflit de rôles, d'ambiguïté de rôles et de surcharge de travail (Joyce, 1986). La gestion matricielle peut entraîner des coûts en augmentant l'intensité administrative (Davis et Lawrence, 1977) et en alourdissant le processus de prise de décisions, ce qui contribue à retarder la décision (David et Lawrence, 1977; Denis 1986). Théoriquement, la gestion matricielle semble ainsi associée à des effets paradoxaux (Ford et Randolph, 1977).

La figure 3 présente le modèle théorique d'évaluation de la mise en oeuvre et des effets du PROS.SM. Chacune des flèches du modèle correspond à une hypothèse mise à l'épreuve empiriquement. D'abord, l'évaluation permet de mettre en relation le degré de mise en oeuvre des différentes composantes de l'intervention (système de gestion et de financement par programmes et par objectifs/résultats, système d'évaluation ainsi que démocratisation et décentralisation) avec le niveau de coordination latérale atteint dans le secteur de la santé mentale. La coordination latérale

donne lieu à des situations paradoxales qui, selon les arbitrages réalisés entre les bénéfiques et les effets négatifs de ce modèle de gestion dans le système de distribution des services de santé mentale, ont des effets variables en termes de qualité, d'ajustement aux besoins, de productivité, de pertinence, d'efficacité et d'équité des services. La section qui suit présente l'ensemble des composantes de l'évaluation des PROS.SM.

Figure 3: Modèle théorique de l'évaluation de la mise en oeuvre et des effets des PROS.SM¹



Adapté de Denis, et al., 1994

1.2.2.1. Composantes de l'évaluation des PROS.SM

A) Outil PROS.SM

A.1) Système de gestion et de financement par programmes et par objectifs/résultats:

Trois composantes sont ici considérées: la formalisation de la planification et de la gestion par objectifs/résultats, la gestion par programmes et le financement par programmes. La formalisation de la planification correspond à la précision des mandats des agents dans la mise en oeuvre des

¹Ou modèle d'analyse des composantes de mise en oeuvre des PROS.SM

PROS.SM et au degré de spécification des méthodes et des procédures permettant d'accomplir les rôles (Price et Mueller, 1986). La gestion par objectifs, à la précision d'objectifs par niveaux de services (prévention/promotion, première ligne et crise et services spécialisés) et par clientèles (jeunes, adultes, personnes âgées). La gestion par objectifs comprend trois dimensions: 1) l'ampleur des champs d'activités couverts par les objectifs, 2) la précision des objectifs et 3) la spécification des moyens pour les atteindre. L'évaluation de la mise en oeuvre de la gestion par programmes relève de l'adéquation du système de distribution aux programmes planifiés au niveau régional. D'une part, la notion de programmes et la nomenclature des services sont étudiées. D'autre part, les systèmes d'information supportant cette approche sont appréciés. Le financement par programmes consiste enfin à lier l'allocation des ressources financières à la réalisation des activités contenues dans le programme régional de santé mentale.

A.2) Système d'évaluation:

Il s'agit ici d'évaluer les activités de suivis d'implantation des PROS.SM par le niveau régional. Trois éléments sont traités dans cette catégorie: 1) la consultation périodique par le niveau régional des acteurs du réseau à des fins de dépistage des problèmes de mise en oeuvre des PROS.SM, 2) le degré de vérification exercé par le niveau régional de l'utilisation appropriée des sommes allouées et 3) le développement de systèmes d'information et d'indicateurs de mise en oeuvre des PROS.SM.

A.3) Démocratisation et décentralisation:

La démocratisation de la planification régionale est mesurée par le degré de participation des acteurs du réseau de santé mentale aux décisions des PROS.SM et au contrôle de leur mise en oeuvre et par le degré de diffusion de l'information. La décentralisation est relative au degré d'autonomie des sous-régions à la gestion des PROS.SM. L'analyse tient compte des groupes organisationnels et professionnels du réseau et des phases de mise en oeuvre de la planification.

B) Coordination latérale:

Les relations interorganisationnelles en santé mentale sont examinées d'une façon globale pour chacune des régions sociosanitaires. Pour la Montérégie, les dynamiques sous-régionales sont particulièrement étudiées (article 2). La Montérégie comprend sept territoires sous-régionaux: Longueuil, Châteauguay, Richelieu-Yamaska (St-Hyacinthe), Haute-Yamaska et Brôme Missisquoi (Granby et Cowansville), Valleyfield, Sorel et St-Jean.

Six variables rendent compte de la coordination latérale des PROS.SM: les formes et la fréquence des échanges, la flexibilité de l'allocation des ressources, l'ambiguïté des rôles, la motivation, la satisfaction et la surcharge de travail. Les formes et la fréquence des échanges font référence: 1) aux relations entre les acteurs sous-régionaux et entre ceux-ci et l'instance régionale; 2) aux modèles de CIO (sur un continuum les modèles vont des fusions aux références de type informel - voir le chapitre 5 -) et 3) aux conflits ou désaccords entre les acteurs sur les objectifs à poursuivre, les moyens pour y parvenir et les conditions de collaboration. Rappelons qu'un des aspects négatifs associés à l'approche matricielle est le fait qu'elle entraîne une augmentation des possibilités de conflits interorganisationnels (Joyce, 1986; Denis *et al.*, 1994).

La flexibilité de l'allocation des ressources correspond à la facilité avec laquelle les organisations peuvent se procurer des ressources d'autres organisations selon leurs besoins et à la capacité du niveau régional à réallouer les ressources en fonction des changements dans les priorités d'intervention. L'ambiguïté des rôles est décrite comme la difficulté qu'éprouvent les acteurs à réconcilier les demandes provenant de leurs organisations et celles émanant du réseau de santé mentale. La motivation répond de la propension des intervenants à réaliser les tâches associées à leur rôle organisationnel (Price et Mueller, 1986). La satisfaction, qui est associée à l'orientation affective positive d'un acteur par rapport à son milieu de travail, se rapporte à différentes dimensions: tâches, supervision, collègues de travail... La surcharge de travail est reliée au volume de tâches associées à l'accomplissement d'un rôle organisationnel (Price et Mueller, 1986).

C) Effets

C.1) Ajustement des services aux besoins:

Pour l'ajustement des services aux besoins, deux variables sont traitées: 1) la réduction de l'écart entre le budget disponible et le budget requis, ce qui témoigne de l'équité interrégionale, intrarégionale et interprogramme et 2) l'adéquation de l'organisation de la distribution des services à la gamme de services identifiée par la *PSM* (de la prévention/promotion à la réadaptation/réintégration sociales - *PSM*, 1989 -) et aux objectifs de communautarisation qui s'accordent à un investissement de 60% du budget de la santé mentale dans la communauté et de 40% dans les services hospitaliers (MSSS, 1996).

C.2) Qualité des services:

La qualité des services s'exprime par quatre variables: 1) la globalité des services qui fait référence à l'étendue de la gamme de services; 2) la continuité qui s'oppose à la fragmentation des services

et qui recherche la qualité de la relation entre le bénéficiaire et les services durant la maladie; 3) l'accessibilité des services (géographique, socio-organisationnelle ou psychosociale) qui est liée à l'écart entre une source de soins et le bénéficiaire et cherche à diminuer cet écart; 4) l'humanisation des services, faisant référence aux aspects intangibles du processus de soins ou de la dispensation de services et à la capacité des intervenants de s'ajuster aux demandes du client lors d'un processus de soins (Donabedian, 1973). Les balises d'interprétation et les variables opérationnelles de la thèse ayant été présentées, la section suivante tend à situer les articles à l'intérieur de ces cadres.

1.2.3. Arrimage théorique entre le cadre conceptuel général, le modèle des PROS.SM et les articles de la thèse

La thèse est balisée par le paradigme de la complexité et s'inspire des courants de pensée fonctionnaliste, structuraliste, institutionnaliste et interactionniste. Les trois articles de la thèse présentent l'intervention dans sa spécificité et comme une composante en interaction avec son contexte (voir le tableau 2). Les approches contextualiste, incrémentielle, institutionnaliste et contingente en théorie du changement organisationnel tentent, à leur manière, d'embrasser la pluralité des processus rattachés aux changements organisationnels (chapitre 3). De même, l'article 2 s'appuie sur les deux principaux courants en théorie interorganisationnelle (les modèles des échanges interorganisationnels et de l'économie politique). L'intégration des deux approches permet d'examiner les dynamiques internes aux relations interorganisationnelles et l'influence des forces externes sur la construction de la CIO. L'analyse tient compte, par ailleurs, des phases d'évolution de la CIO et de ses dynamiques locales. À l'article 3, les diverses formes d'intégration sont étudiées (clinique, administrative et du corps médical au système) et le contexte et les déterminants d'implantation de ce modèle.

Les articles sont également circonscrits par les cinq niveaux d'analyse et les trois dimensions à l'étude du modèle conceptuel général de la thèse. Par exemple, l'article 1 s'intéresse, par l'analyse des déterminants de l'implantation du *PROS.SMM*, au contexte socio-économique, à l'État et à la société civile, au champ de la santé mentale (médical/alternatif) et aux organisations. La structuration du pouvoir est notamment mise en relief lors de la présentation du budget du réseau et par l'étude des dynamiques interorganisationnelles (sujet spécifiquement abordé dans l'article 2). La considération de la notion de champ témoigne également de l'attention portée à la notion de culture et à celle du pouvoir, etc. Le troisième article tient compte de l'influence des déterminants structuraux sur le développement du modèle de l'intégration par l'analyse du contexte économique, de la structuration du réseau, des dynamiques régionales et des pratiques et philosophies. Le

corpus théorique du modèle de l'intégration ne traite que peu du contexte et des déterminants d'implantation des réseaux, ce qui nous est apparu comme une lacune. Les articles soulignent l'importance du rôle des acteurs dans la mise en oeuvre des PROS.SM. Les articles 2 et 3 étudient particulièrement les structures développées pour la mise en oeuvre des PROS.SM et le rôle joué par les instances régionales dans le processus d'implantation de la réforme. Le chapitre 5 aborde ces dimensions dans ses sous-chapitres de l'«intégration clinique et à la communauté (5.4)» et du «contexte et des déterminants d'implantation du modèle de l'intégration (5.3)». Dans l'article 1, ces dimensions sont surtout présentées dans la section «stratégie d'implantation du *PROS.SMM* (3.3.2)».

Tableau 2: Synthèse des balises d'interprétation et des stratégies d'opérationnalisation de la thèse

Impact de la planification régionale et des PROS sur la structuration de la réforme de la santé mentale au Québec			
THÈSE	Article 1	Article 2	Article 3
Paradigme/Théorie/Modèle: •Paradigme de la complexité •Approches conceptuelles: *structuralisme *interactionnalisme *fonctionnalisme *institutionnalisme	•Théorie du changement interorganisationnel: *approche incrémentielle *institutionnaliste *contextualiste *contingente	•Théorie de la collaboration interorganisationnelle (CIO): *le modèle des échanges interorganisationnels *de l'économie politique *des déterminants	Modèle de l'intégration des services de santé mentale
•Niveaux d'analyse: contexte socio-économique, État/société civile, champ de la santé mentale, structure organisationnelle, individu •Dimensions à l'étude: pouvoir/culture, institutionnalisation, cadre d'interaction			
Analyse de l'implantation	Évaluation de la mise en oeuvre et des effets <i>du PROS.SMM</i> et de sa contribution à la structuration de la réforme de la santé mentale	Évaluation des formes prises par le nouveau partenariat initié en santé mentale (dans la région de la Montérégie)	Évaluation de l'implantation du modèle de l'intégration dans les régions sociosanitaires via l'analyse des planifications régionales (<i>PROS.SM</i>)
Méthodologie: •Analyse synthétique •Sources primaires et secondaires et 160 entretiens	•Étude de cas unique avec niveaux d'analyse imbriqués •143 entretiens et analyse documentaire	•Étude de cas unique avec niveaux d'analyse imbriqués •143 entretiens et analyse documentaire	•Analyse descriptive •17 entretiens et analyse documentaire
Modèle d'évaluation du PROS.SM (figure 3):			
Composantes de l'outil PROS.SM	Stratégie d'implantation du <i>PROS.SMM</i> (section 3.3.2)		•Intégration administrative (section 5.5) •Intégration clinique: décentralisation (5.4.1)
Composantes de la collaboration latérale	Les déterminants d'implantation du <i>PROS.SMM</i> (section 3.3.1)	Chapitre 4/article 2	Intégration clinique: *Modèle de coordination interorganisationnelle des services (section 5.4.2) *Intensité de l'intégration des réseaux (5.4.3)
Composantes des effets du PROS.SM	Les effets du <i>PROS.SMM</i> (section 3.4)		•Adéquation des rôles des distributeurs de services au modèle de l'intégration (5.4.4) •Qualité des services régionaux de santé mentale (section 5.6)

Les trois articles s'inscrivent dans l'analyse de l'implantation d'une intervention. L'article 1 évalue l'actualisation et les effets du *PROS.SMM* et sa contribution à la structuration de la réforme de la santé mentale dans ce territoire sociosanitaire; l'article 2, le développement des formes prises par le nouveau partenariat initié en santé mentale en Montérégie et l'article 3, l'introduction du modèle de l'intégration par l'analyse des planifications régionales. Les articles 1 et 3 utilisent presque

intégralement le modèle des composantes de mise en oeuvre des PROS.SM. Dans l'article 1, l'implantation de l'approche par programmes, des systèmes d'évaluation et de gestion par objectifs/résultats et le degré de démocratisation et de décentralisation du système (l'outil PROS.SM) sont étudiés dans les sections sur «la stratégie d'implantation du *PROS.SMM* (3.3.2)». Les effets de l'outil sont examinés à la section 3.4 («Les effets du *PROS.SMM*»). La collaboration latérale du système est surtout abordée, pour la Montérégie, dans le chapitre 4 («Étude de l'émergence de nouvelles formes de partenariat dans le domaine de la santé mentale»). L'article 3 s'intéresse à la collaboration latérale du système pour l'ensemble des régions sociosanitaires (section 5.4.: «Intégrations clinique»). Par le biais de l'intégration administrative, l'approche par programmes, les systèmes d'évaluation et de gestion par objectifs/résultats sont aussi appréciés (section 5.5). Enfin, l'article relève les effets de l'outil PROS.SM par ses mesures de l'adéquation des rôles au modèle et de la qualité des services (section 5.4.4 et sous-chapitre 5.6). Avant de clore ce premier chapitre, voyons maintenant comment la thèse s'articule sur le plan méthodologique.

1.3. Cadre méthodologique

Considérant le cadre conceptuel, la présente recherche est de type synthétique. La recherche synthétique est jugée plus apte que l'étude expérimentale ou quasi-expérimentale à «résoudre les problèmes extrêmement complexes posés par les sciences humaines (...) car, elle prend largement en compte la complexité des situations, leurs contradictions, la dynamique des processus ainsi que les points de vue différents des acteurs sociaux (Pourtois et Desmet, 1989, p. 13)». Parmi les recherches synthétiques, l'étude de cas est la stratégie de recherche la plus souvent utilisée pour mener une analyse d'implantation (Denis et Champagne, 1990). L'étude de cas est une stratégie par laquelle le chercheur étudie en profondeur une unité d'analyse ou un petit nombre d'unités d'analyse. En fait, c'est la complexité, la pertinence et l'exhaustivité des relations entre les composantes du cas à l'étude et la confrontation entre le modèle théorique et la réalité du terrain qui prouvent la puissance explicative de ce genre de stratégie de recherche (Contandriopoulos *et al.*, 1990). Il importe donc, pour l'étude de cas, de mettre au point un cadre théorique permettant d'identifier des variables pertinentes et leurs relations, ce que nous avons réalisé à la section précédente (sous-chapitre 1.2). Le cadre théorique doit néanmoins être fluide à l'émergence de nouveaux construits qui peuvent provenir du terrain, car l'analyse est un processus, plus souvent qu'autrement, itératif: la théorie construit le terrain qui à son tour modifie la théorie (ou vice versa).

Deux devis sont utilisés pour cette thèse. Pour les articles 1 et 2, une étude de cas unique avec plusieurs niveaux d'analyse a été effectuée. Le troisième article présente une enquête descriptive,

pour obtenir une représentation transversale des caractéristiques des différentes régions et du degré de mise en oeuvre d'un modèle intégré de distribution des services. La planification régionale est l'objet d'investigation pour les trois articles; singulièrement, les PROS sont examinés comme le principal outil de cette planification en santé mentale. Les niveaux d'analyse font référence au cadre conceptuel général de la thèse: le contexte socio-économique, l'État/la société civile, le champ, l'organisation et l'individu ainsi que le pouvoir/la culture, l'institutionnalisation et le cadre d'interaction (voir la figure 1). Le modèle des composantes de mise en oeuvre des PROS.SM est intégré dans le cadre conceptuel général de la thèse (figure 3).

L'analyse est effectuée selon trois perspectives: synchronique, diachronique et parallèle. L'analyse synchronique vise à cerner ce que sont les PROS.SM comme outils de planification et la configuration actuelle de l'organisation de la distribution des services de santé mentale. L'analyse diachronique cherche à comprendre ce qu'étaient les PROS.SM au début de leur période de mise en oeuvre et la configuration des services avant 1989. L'analyse parallèle tend à généraliser les résultats obtenus par l'analyse synchronique et diachronique aux différentes régions ou sous-régions étudiées. Concrètement, il s'agit, au moyen d'une analyse transversale ou comparée de l'ensemble des cas, de vérifier s'il y a réplique d'une région à l'autre ou d'une sous-région à l'autre pour la Montérégie des «patterns» de relations observées au sujet de la mise en oeuvre des PROS.SM et des configurations de l'organisation des services de santé mentale (Denis et al., 1994).

Cette recherche comporte un certain nombre de biais inhérents à toute étude. En particulier, l'analyse des résultats d'une recherche synthétique demeure sujette à interprétation, ce qui a été mis en perspective lors de notre discussion relative au paradigme de la complexité. Les biais dans un tel type d'étude s'avèrent néanmoins contrôlés par l'élaboration explicite d'un modèle théorique venant baliser la recherche et l'affirmation à un paradigme particulier, ce qui a été réalisé (section 1.2). La multiplication des angles de vue permettant de saisir l'objet d'investigation aide aussi à réduire les biais (stratégie de triangulation). Ainsi, cette recherche tient compte d'un nombre substantiel de personnes interrogées pour leur expertise en santé mentale ou leur expérience des services en ce domaine (n=160). Les acteurs sont d'une diversité de niveaux d'intervention et de groupes organisationnels: de l'institutionnel, du communautaire, de l'intersectoriel, des régions régionales, des usagers du réseau ou leurs proches. Les personnes interrogées parmi les professionnels du réseau ont siégé, pour la plupart, sur l'une ou l'autre des instances participatives: comités de référence, comités tripartites régionaux, comités tripartites sous-régionaux, tables sous-régionales ou comités sous-régionaux.¹ En Montérégie, l'échantillonnage tient compte de

¹Ces structures sont particulièrement identifiées aux sous-chapitres 2.4 (Montérégie) et 5.4 (autres régions sociosanitaires).

l'appartenance sous-régionale des individus; sept sous-régions forment le territoire montérégien: Longueuil, St-Hyacinthe, Granby, Châteauguay, Valleyfield, St-Jean et Sorel. Les différentes régulations mentionnées dans le cadre théorique sont ainsi appréciées: régulations locale et centrale (notamment la RRSSSM et les sept sous-régions de la Montérégie), des organisations (CH, CLSC, groupes d'entraide, ressources d'hébergement...), des champs alternatif, médical et réformiste (groupes de l'institutionnel, du communautaire et instance régionale) et des acteurs ayant joué un rôle central dans la réforme (RRSSSM, structures de concertation...).

La recherche s'appuie également sur un relevé de littérature substantiel sur la santé, dont singulièrement sur la santé mentale au Québec et en pays étrangers, sur l'organisation des services de santé mentale dans les différentes régions sociosanitaires, spécifiquement en Montérégie, et sur le mouvement communautaire. L'analyse de la documentation primaire (sources d'archives, documents ministériels, régionaux ou d'acteurs organisationnels)¹ prend une place centrale dans cette étude, au même titre que la documentation de type secondaire (analyse théorique ou contextuelle). Comme sources théoriques, la littérature sur le changement organisationnel, sur la CIO, sur les outils de gestion et sur l'analyse de l'implantation encadre cette recherche. Lors de la rédaction de la thèse, une description précise et détaillée des procédures employées par le chercheur pour collecter et interpréter les données contribue également à la validité interne du devis, sur lesquelles nous reviendrons au point portant sur la planification opérationnelle de la recherche (section 1.3.1).

La recherche synthétique comporte aussi des limites quant à sa validité externe. Cette dernière notion fait référence à la potentialité de généraliser les conclusions d'une telle étude à d'autres contextes, populations ou périodisations. Le potentiel de généralisation d'une recherche s'accroît d'autant plus quand cette dernière peut être transférable nonobstant un contexte similaire (principe de robustesse). La validité externe d'une recherche synthétique repose surtout sur la généralisation analytique dont elle est porteuse ou sur l'aspect généralisable du modèle théorique sur lequel elle s'appuie: «Mieux on comprend comment, par quels mécanismes, les résultats ont été obtenus et quel a été le rôle de différents facteurs dans leur obtention, plus il sera facile de généraliser les résultats par rapport à d'autres populations, à d'autres contextes et à d'autres périodes [principe de l'explication] (Contandriopoulos *et al.*, 1990, pp. 37-38)». Cette étude comporte en cette matière un intérêt certain, puisque nous avons débuté notre investigation dans un territoire sociosanitaire, la Montérégie, et étendu l'exercice à l'ensemble des régions sociosanitaires. À cet égard, le cadre

¹Pour avoir une bonne vue d'ensemble des sources primaires consultées pour cette recherche faire référence à la bibliographie. Les références sont classées par catégories. Notamment, dans la section «documents élaborés par la RRSSSM ou par des associations d'acteurs ou des organismes en santé (section A.3)», nous retrouvons: 3.1) *PROS.SMM*, 3.2) Évaluation du *PROS.SM*; 3.3) Programmes et institutions, 3.4) Approche par programme, 3.5) Promotion et prévention et droit de la personne...

théorique et le modèle des composantes de mise en oeuvre des PROS.SM ont été fort pertinents, permettant de mettre en relief les subtilités de l'intervention.

1.3.1. Planification opérationnelle de la recherche

Pour les deux articles portant sur la Montérégie, 143 personnes ont été interrogées (voir le tableau 3). La recherche concernant la planification régionale en santé mentale dans les différentes régions sociosanitaires comporte, pour sa part, 17 entrevues. Cette dernière recherche, moins exhaustive que celle de la Montérégie, est circonscrite par l'information générale acquise de l'intervention dans ce premier territoire. Nous faisons particulièrement référence aux composantes à l'étude de l'outil PROS.SM (figure 3), à l'importance des déterminants et des stratégies d'implantation d'un changement, au processus de régionalisation, etc. L'évaluation des PROS.SM dans les régions sociosanitaires s'est néanmoins réalisée avec les représentants de la santé mentale les plus intéressés par l'organisation de la distribution des services: les coordonnateurs de ce programme et, pour deux régions, les responsables du volet de l'évaluation du PROS.SM. Le responsable de la RRASMQ a également été interrogé pour son expertise de la structuration et de la dynamique du réseau communautaire de santé mentale. Cette organisation a pour membres environ le tiers des organismes communautaires exerçant en santé mentale au Québec, dont une majorité de ressources dans les régions de Montréal-Centre et de la Montérégie. Cette enquête s'est déroulée en deux phases. Trois régions sociosanitaires ont été sélectionnées en octobre 1996 (l'Estrie, l'Outaouais et Montréal-Centre). L'importance des informations relatives à la compréhension de l'outil PROS.SM et aux stratégies régionales d'implantation de la réforme et la mise en perspective de ces données par rapport à l'évaluation en Montérégie imposaient d'étendre la recherche dans l'ensemble des territoires régionaux. Les programmes de santé mentale des autres régions sociosanitaires ont ainsi été étudiés à l'exception du Nord du Québec, du Nunavik et de la Baie-James. L'enquête a eu lieu en janvier et en février 1997.

L'enquête en Montérégie s'est étalée, pour sa part, sur cinq phases: quatre périodes d'entrevues ont été constituées avec les professionnels du réseau s'échelonnant de février 1995 (pré-terrain) à octobre 1996; une dernière phase de collecte des données a été concrétisée en juin 1997 pour recenser les perceptions des usagers et de leurs proches sur les services de santé mentale. Cette façon de procéder s'est avérée pertinente pour cette recherche synthétique et l'étude d'une réforme évolutive, i.e. qui se perfectionne par son insertion à un contexte d'implantation. Nous avons ainsi pu suivre l'évolution du PROS.SM sur une période significative, ce qui nous a permis de mieux saisir la complexité de l'outil de planification. La dernière période de collecte de données a notamment permis de mettre en relief l'importance des plans de transformation pour le volet de la santé mentale

dans l'itinéraire de la réforme de la santé mentale. Également, au fur et à mesure que notre connaissance de l'objet d'étude s'améliorait, plus se précisaient nos questions de recherche posées aux informateurs. Ce type d'investigation a donc privilégié une vision dynamique et évolutive de la construction du matériel de recherche. Le guide d'entrevues pour cette enquête a notamment subi des modifications substantielles, se spécialisant aussi en fonction des personnes interrogées.¹ Notre recherche a par exemple mis en perspective, à un certain moment, l'impact de la régionalisation sur le développement du PROS.SM. Nous avons élaboré un guide d'entrevues adéquat et exploré cette problématique avec des gestionnaires-clés à la RRSSSM. De même, l'étude des PROS pour les programmes autres que la santé mentale ayant souligné l'évolution de la notion de PROS, nous avons voulu approfondir cette question, et pour ce faire, rédigé un guide d'entrevues approprié. Ainsi, nous partageons la vision de White, Mercier et Desbiens (1991) sur les modalités de la recherche:

«des questions précises se développent à partir de notre connaissance croissante des enjeux caractéristiques du site. La possibilité de modifier les entrevues selon la personne et selon les informations dont nous disposons repose sur le fait que les répondants ne sont pas des sujets censés représenter toute une population donnée. Ils sont plutôt des informateurs, qui seuls peuvent nous renseigner sur certains aspects de l'histoire locale dans le domaine de la santé mentale. Chacun ne représente que sa propre position. À mesure que les entrevues se réalisent, nos connaissances du site s'accroissent et nous arrivons à cerner des questions de plus en plus précises qui doivent documenter les enjeux-clés ressortant de l'analyse continue d'une entrevue à l'autre (p. 21).»

Sur les 143 entrevues réalisées en Montérégie, 86 entretiens ont été effectués avec les professionnels du réseau: 21 personnes ont été interrogées dans la sous-région de Longueuil, 9 à Châteauguay, 11 à Granby, 8 à St-Hyacinthe, 7 à Valleyfield, 5 à Sorel et 7 à St-Jean; 18 gestionnaires de la RRSSSM ont aussi été interviewés (responsable du programme de santé mentale, directeur de la planification, directeur de la coordination, responsable de la santé publique, responsable de l'évaluation, conseillers de la coordination sous-régionale, etc.). Les usagers et les proches (n=57), qui ont été rencontrés séparément, ont été consultés dans les sous-régions de Longueuil (n=19), de Châteauguay (n=8), de Valleyfield (n=8), de St-Jean (n=10) et de St-Hyacinthe (n=12). De ce nombre, 37 personnes étaient des usagers et 20 des proches. Pour les professionnels du réseau de la santé mentale, 31 étaient des établissements, 29 des groupes communautaires et 8 de l'intersectoriel (syndicat, justice, éducation...). La participation mitigée des acteurs de ce dernier groupe aux structures régionales de consultation et la méconnaissance, pour certains, des dossiers relatifs à la santé mentale justifient un échantillonnage moindre. Plus spécifiquement, les acteurs étaient distribués comme suit: 15 étaient de départements de psychiatrie, dont 9 médecins (7 psychiatres), 9 de CLSC, 2 de centres d'accueil, 1 de centre de

¹ Voir l'annexe 1 pour les guides d'entrevues élaborés pour cette recherche

réadaptation, 1 des RTF et 4 de la santé publique¹; 4 acteurs étaient représentants d'APAMM, 8 de groupes d'entraide, 1 du Collectif de défense des droits, 20 de groupes de services communautaires (hébergement, réadaptation/réintégration sociales, centre de crise, prévention du suicide, halte garderie, centre de femmes et maison pour les itinérants); 3 personnes étaient représentantes soit du milieu de l'éducation, soit du domaine de la justice ou soit d'un regroupement syndical.²

Tableau 3: Échantillonnage

Catégories	nombre
1. régions sociosanitaires	15 (exception: le Nord du Québec, le Nunavik et la Baie-James)
2. sous-régions	7 (Montérégie)
3. entrevues	160
3.1. Montérégie	143
3.1.1. usagers et proches:	57 (19: Longueuil/ 8: Châteauguay/ 8: Valleyfield/ 10: St-Jean/ 12: St-Hyacinthe)
•usagers	37
•proches	20
3.1.2. acteurs organisationnels:	86
•établissement (ou institutionnel)	31
•communautaire	29
•intersectoriel	8
•régie régionale	18
3.1.2.1. distributeurs de services:	68
•CH	15 (dont 9 médecins/ 7 psychiatres)
•CLSC	9
•santé publique (DSC)	4
•CA	2
•CR	1
•RTF	1
•APAMM	4
•groupes d'entraide	8
•Collectif de défense des droits	1
•groupes de services	20
•éducation	1
•syndicat	1
•justice	1
3.1.2.1.1. sous-régions (n=7):	68
•Longueuil	21
•Châteauguay	9
•Granby	11
•St-Hyacinthe	8
•Valleyfield	7
•Sorel	5
•St-Jean	7
3.2. régions sociosanitaires autres que la Montérégie (n=14)	17
3.2.1. coordonnateurs du programme de santé mentale	14
3.2.2. évaluateurs du programme de santé mentale	2
3.2.3. responsable du RRSMQ	1

Les personnes interrogées pour la Montérégie ont été identifiées, pour la plupart, par le responsable de ce programme à la RRSSSM, quelques-unes par les acteurs du terrain (technique «boule de neige»). Aucune limite quant au nombre d'entrevues n'avait été fixée, ainsi avons-nous consulté les

¹Les acteurs interrogés de la santé publique ont été regroupés parmi les établissements, puisque les premiers comités sont implantés en 1989, sauf un acteur responsable de la santé publique à la RRSSSM.

²Certaines de ces ressources communautaires sont classées dans l'intersectoriel, en raison du fait que leurs services principaux ne sont pas offerts nécessairement en santé mentale.

acteurs jusqu'à la saturation des informations. Les entrevues, de type semi-dirigé, étaient d'une durée moyenne d'une heure trente minute pour la Montérégie, variant selon que les personnes interviewées avaient peu ou beaucoup d'information à transmettre sur les enjeux qui intéressaient la recherche. Pour les autres régions sociosanitaires, les entrevues étaient plutôt d'une durée moyenne de deux heures. Les entrevues se sont déroulées davantage sous forme de discussion que sous forme de questions-réponses cédulées. En Montérégie, les entretiens étaient individuels pour les professionnels du réseau et en groupes pour les usagers et leurs proches (de 6 à 10 personnes par entrevues). Dans les autres territoires régionaux, les entretiens ont presque tous été réalisés par téléphone (sauf pour le premier échantillon: Montréal-Centre, l'Outaouais et l'Estrie).

Les entrevues téléphoniques ont comme avantage de s'avérer moins coûteuses et plus rapides que les entrevues personnelles, d'autant que certaines régions sociosanitaires sont fort éloignées de notre lieu d'étude. D'une façon générale, les entrevues se sont révélées une technique pertinente de collecte de données: elles permettent d'inciter la personne interrogée à poursuivre et à clarifier ses réponses; elles encouragent à donner des réponses spontanées et elles permettent de contrôler l'ordre des questions ou même de modifier les questions suivant le discours de l'interlocuteur, etc. (Pineault et Daveluy, 1995). Les entrevues concernant les professionnels du réseau de la Montérégie et des autres régions sociosanitaires ont été enregistrées pour assurer la conformité du discours produit par les acteurs et pour faciliter l'écoute de l'interviewer. Plus de 1250 pages (à interligne simple) de transcription d'entrevues ont été rédigées. L'analyse de contenu des entrevues s'est effectuée à partir de ces transcriptions. Pour les usagers et leurs proches, nous avons préféré ne recourir qu'à la rédaction de notes par écrit lors des entretiens. L'enregistrement des entrevues est jugé entraver le discours de ces derniers, en raison de l'aspect fort personnel et confidentiel de l'expérience des personnes.

Les données ont été traitées en plusieurs phases, suivant les périodes de collectes d'information: cinq étapes pour la Montérégie et deux pour les régions sociosanitaires. L'analyse des entrevues et des documents primaires et secondaires s'est réalisée, d'une part, en fonction du cadre conceptuel général de la thèse et, d'autre part, en fonction du modèle des composantes de mise en oeuvre des PROS.SM. Ces modèles ont, tous deux, en cours de route subi quelques modifications. Les modèles présentés dans le cadre conceptuel de cette thèse (section 1.2) constituent les versions finales. Les entretiens, après transcription, ont été codifiés à partir des variables opérationnelles de ces modèles (soit la typologie retenue pour catégoriser l'information; voir les figures 1 et 3).¹

¹Par exemple, sous la mesure 1.b du modèle des composantes de mise en oeuvre des PROS.SM (dans «outil PROS.SM» et dans «système de gestion et de financement par programmes et par objectifs/résultats»: «gestion par programmes» - voir la figure 3 -), les données trouvées pertinentes dans les entrevues étaient de ce type: «Le PROS aurait pu être plus utile, s'il avait défini vraiment les rôles, les mandats de chacun des partenaires (un gestionnaire de CLSC)». «Il y avait une tendance à ce que tous les distributeurs de services prétendent qu'ils donnaient des services. Donc, tu mets des coches un peu partout pour ne pas déplaire à personne. Dans la distribution réelle des soins et des services,

L'analyse des données s'est structurée d'une façon itérative entre le terrain (les données empiriques), les données théoriques et le cadre conceptuel: de l'inscription de l'interprétation des données au retour aux sources primaires et secondaires ainsi qu'au cadre conceptuel, de ces derniers à la modification et à l'ajout d'information à nos textes d'interprétation. Un texte pour la Montérégie, incluant une section spécifique pour les sept sous-régions, et un document pour les régions sociosanitaires, incorporant des réflexions d'ensemble et des textes spécifiques pour chacun des territoires régionaux, ont ainsi été rédigés. Les textes ont été modifiés et complétés selon les étapes d'élaboration de la recherche. Ces textes, d'un total d'un peu moins de 350 pages, représentent la synthèse de nos informations primaires et des données contextuelles secondaires (variables: contexte socio-économique, champ de la santé mentale...). Les articles de cette thèse sont élaborés à partir de ces documents.¹ La démarche itérative et par phases de relevés d'information augmente la validité des inférences, puisqu'elle permet de vérifier le discours des acteurs et nos interprétations des phénomènes auprès de sources d'information successives. À plus d'une reprise, nous avons notamment pu confronter nos données auprès d'informateurs externes. Certains gestionnaires de la RRSSSM ont aussi été plusieurs fois rencontrés afin de préciser l'information.

Ce chapitre introductif proposait de donner un aperçu général de la thèse, d'en établir les problématiques, d'en présenter les principales sections et d'en baliser les contours d'interprétation, les variables opérationnelles et les mécanismes d'opérationnalisation. L'intérêt de l'étude est d'améliorer la compréhension des mécanismes d'implantation d'une réforme, de la dynamique du secteur de la santé mentale et de l'outil PROS.SM comme régulateur de changements. La thèse s'apparente à une analyse d'implantation des PROS en tant que réforme de la planification des soins et des services en santé mentale. L'étude de cas réalisée en Montérégie et l'enquête descriptive effectuée dans les autres territoires régionaux s'appuient sur 160 entretiens conduits auprès d'une diversité d'acteurs du réseau de la santé mentale et sur une revue de littérature substantielle, de sources primaires et secondaires, sur les systèmes de santé mentale et sur la

tu as cependant l'impression que tu continues de faire à peu près comme tu faisais avant (un gestionnaire de CH)». «On a pas effectivement assez ciblé les distributeurs de services, cela était trop conflictuel. (...) Je pense qu'on aurait pu aller plus loin: mieux définir les champs d'intervention, les niveaux de services... (un responsable d'un organisme communautaire).» Pour mieux cerner la notion de PROS.SM (point 1 dans outil PROS.SM - voir la figure 3 -), nous avons par exemple relevé de la littérature des informations telles que celles-ci: «Pour les intervenants et les cliniciens cette notion [la notion de programme] s'utilise pour décrire l'ensemble des services à rendre disponibles à une personne-client (le PSI en étant un exemple) ou pour indiquer un type d'intervention circonscrit à un groupe de personnes dont la configuration des besoins est relativement homogène dans les limites de leur compétence et des ressources dont ils disposent (ex.: le programme de maintien à domicile dans un CLSC). Par ailleurs, au niveau ministériel, la notion de programme oscille entre deux conceptions. La première fait référence à des regroupements de «clientèle» qui tendent à rassembler, autour des problématiques usuelles du réseau de la santé et des services sociaux, les technologies utilisées pour y faire face (ex.: les personnes âgées en perte d'autonomie). La seconde est une utilisation carrément budgétaire et constitue un outil de gestion qui découpe les activités du réseau de la santé et des services sociaux en fonction des types de ressources (exemple, le programme 03: services des CHSCD). Un programme-clientèle est défini depuis la réforme comme un ensemble de services et d'activités intégrés, destinés à une clientèle particulière ou à une population, visant des résultats spécifiques et pour lequel sont consenties des ressources humaines, matérielles et financières (comité MSSS-RRSSS sur la gestion par programme, juin 1994).» «La définition de programme visée par l'allocation des ressources n'est pas nécessairement la même que celle visée par les PROS.SMM dans les régions. L'on devra les rendre relativement homogènes en resserrant les liens entre les PROS.SMM et les programmes (Comité MSSS-CRSSS sur l'allocation interrégionale des ressources, L'allocation interrégionale des ressources et l'approche programme, mars 1992, p. 14).»

¹ Pour plus d'information sur la démarche d'analyse des données de cette thèse faire référence aux différents annexes, particulièrement à l'annexe 2 (gestion des données) et à l'annexe 3 (exemples de verbatim).

théorie organisationnelle s'intéressant aux changements et aux échanges qui prennent forme dans les réseaux interorganisationnels. Le chapitre qui suit présente le contexte et la mise en oeuvre des PROS.SM, afin de mieux positionner l'intervention dans sa singularité.

CHAPITRE 2 : Contexte et mise en oeuvre de la réforme PROS.SM

D'importants débats sont entrepris au tournant des années 1980-1990 pour faire face aux nouveaux impératifs socio-économiques de la société québécoise. Le système sociosanitaire est reconfiguré par un important mouvement de réforme. Le système de la santé mentale établit, d'une façon parallèle, son propre mouvement de restructuration, dont les grandes lignes servent d'exemples aux autres secteurs de la santé. La société québécoise se repositionne quant à la délégation de pouvoir à octroyer à chacun de ses paliers. Le processus de régionalisation du système sociosanitaire s'accroît alors. Pour accomplir le virage vers la régionalisation et vers la restructuration du système de santé, les plans régionaux d'organisation de services (PROS) sont présentés comme l'un des outils de planification centraux de l'organisation des services. Les premiers mis en oeuvre sont les PROS en santé mentale (PROS.SM), de là notre intérêt pour ce programme particulier de santé. Les PROS en santé mentale apparaissent ainsi comme les précurseurs de la réforme.

Le présent chapitre propose, dans un premier temps, de tracer les contours des mouvements de réforme. Les réformes sociosanitaires et de la santé mentale sont présentées (sous-chapitres 2.1 et 2.2). L'intérêt de ces sous-chapitres est de mieux comprendre les enjeux et les mécanismes de régulation des mouvements de réforme qui balisent l'outil PROS.SM et qui l'inscrivent dans l'évolution des dynamiques du système. La régionalisation des services de santé mentale est ensuite abordée. D'une part, le processus de décentralisation est étudié relatif à l'organisation régionale des services de santé mentale, la Montérégie servant de cas d'illustration (section 2.3.1). D'autre part, les relations ministère/instances régionales sont analysées en regard de leur impact sur la planification et la gestion régionales (sous-chapitre 2.3.2). Avant de conclure, le dernier sous-chapitre introduit l'articulation de la démarche de mise en oeuvre d'un PROS.SM. Il s'agit, par l'intervention PROS.SM en Montérégie (*PROS.SMM*), de cerner comment se transforme opérationnellement l'instrument à travers ses différentes étapes d'élaboration et d'implantation.

2.1. Les réformes du système de santé au Québec

Deux commissions d'enquêtes sont à la base de la configuration du présent système québécois de la santé et des services sociaux: les commissions Castonguay-Nepveu (1966-1970) et Rochon (1985-1988). La première réforme a changé substantiellement le réseau sociosanitaire, puisqu'il devient de gestion publique et d'accessibilité universelle. Le deuxième mouvement de réforme, tout en mettant en place des mécanismes visant à contrer les principaux problèmes systémiques diagnostiqués, reconduit dans ses grandes lignes les orientations de la commission Castonguay-

Nepveu (Bergeron, 1990). Chacune des réformes s'inscrit dans les changements structuraux de la société québécoise et vise à contrer les principaux éléments perturbateurs à la performance du système.

Ce sous-chapitre propose de tracer un portrait du système québécois de la santé à partir de ces mouvements de réforme. L'objectif n'est pas ici de brosser un portrait exhaustif de ce système, mais de faire ressortir les éléments des réformes qui nous permettent de mieux ancrer les enjeux des PROS. Comme pour plusieurs auteurs, les deux mouvements de réforme apparaissent plus en continuité qu'en rupture, un retour au premier mouvement est d'abord effectué (section 2.1.1), afin de mettre davantage en relief les objectifs de la deuxième réforme du tournant des années 1980-1990. Cette dernière fait l'objet de la sous-section suivante (section 2.1.2). Avant de conclure, nous traitons des éléments perturbateurs du système, i.e. des facettes de sa structuration ou de sa dynamique qui apparaissent difficiles à contourner pour remplir les objectifs de la réforme et pour améliorer la performance du réseau sociosanitaire (section 2.1.3).

2.1.1. La réforme Castonguay-Nepveu

L'émergence de l'État providence et du mouvement de modernisation impose au Canada dans la période de l'après-guerre (1945-1970) des réformes substantielles. D'abord, l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie sont implantées. Le Québec, qui adhère à ces deux programmes fédéraux, profite de cette mouvance et de son propre mouvement de reconfiguration socio-économique (la Révolution tranquille) pour restructurer le secteur sociosanitaire. Ce dernier, comme la plupart des domaines sociaux, est de juridiction provinciale. Le gouvernement fédéral, par son pouvoir général de dépenser, légifère et finance le système sociosanitaire. L'insistance du fédéral à contrôler les systèmes et à uniformiser les services dispensés dans chacune des provinces explique son intrusion dans ces champs de compétence provinciale. L'importance accordée à la santé de la population dans une société de plus en plus industrialisée et en décroissance démographique (migration naturelle) justifie aussi la mobilisation des gouvernements à vouloir contrôler cet espace (montée du bio-pouvoir). Le système sociosanitaire est aujourd'hui le premier en importance en matière de dépense gouvernementale. Plus de 30% du budget québécois, ce qui représente près de 9% du PIB, sont consacrés à ce portefeuille. Le secteur de la santé est également financé à plus de 75% par le gouvernement, ce qui en fait un système à forte régulation publique. La contribution du fédéral en ce domaine, quoiqu'en décroissance, est importante. En 1990-1991, 40,7% des dépenses publiques québécoises sont financées par des sources fédérales; ce financement était de 47,9% en 1977-1978 (Rheault, 1994). Le réseau sociosanitaire est aussi de loin le plus important employeur au Québec: près de 250 000 personnes

y travaillent dans plus de 900 établissements. Bien qu'il existe de fortes similitudes entre les systèmes de santé des différentes provinces du Canada en raison des exigences du gouvernement canadien,¹ des différences substantielles découlant de la tradition, des valeurs et du contexte socio-politique propres à chaque province sont à souligner (Champagne *et al.*, 1983).

Au Québec, la réforme Castonguay-Nepveu (1966-1970) bouleverse la structure historique du système de santé. Cette période est particulièrement marquée par la laïcisation du secteur sociosanitaire (*Loi des Hôpitaux*: 1962²), par une rationalisation bureaucratique des services et des professions sociosanitaires (Code des professions: 1973) et par l'institutionnalisation de l'hôpital et de la profession médicale mise au centre du système de régulation. La réforme est scientifique et démocratique, puisqu'elle s'appuie sur l'expertise des technocrates mobilisés à cet effet et sur la consultation des populations. Elle se décrit comme le passage d'une régulation locale et conservatrice à une régulation nationale et réformatrice (Lemieux, 1984), visant à implanter des idéaux sociaux-démocrates tout en rationalisant et en contrôlant les coûts du système. Processus néanmoins stratégique de négociation, de jeux de pouvoir entre acteurs et organisations aux positions différenciées, la réforme est vue comme un grand compromis entre la logique de régulation centrale et administrative et le maintien de l'autonomie des médecins et des hôpitaux, constitutifs du pouvoir traditionnel (Bergeron et Gagnon, 1994). C'est en partie pourquoi les projets originaires d'imposition d'une médecine globale et d'un certain nivellement du statut des professionnels de la santé n'ont pas été concrétisés. L'établissement du Code des professions (1973), qui devait favoriser l'adaptation continue des champs d'exercices et une meilleure complémentarité entre les producteurs de services, s'est plutôt révélé un incitatif à la chasse gardée de monopole (Dussault, 1988). Le corps médical reçoit dans le système le statut d'entrepreneur libre et il reçoit des privilèges d'exercices exclusifs.³ Dans les centres hospitaliers, qui demeurent des organisations fort autonomes, deux gestions sont instituées: une médicale et une administrative.

Garant de cette logique d'implantation d'une médecine globale, des centres locaux de services communautaires (CLSC: au nombre de 170) sont mis en place dans les années 1970 jusqu'au milieu des années 1980. Pour les réformateurs, les CLSC sont perçus comme la porte d'entrée du système. Solidement implantés dans les communautés, par leurs volets sanitaire et social, ils

¹ En particulier, les provinces doivent respecter les principes fédéraux de l'universalité, de la globalité, de la gestion publique et de la transférabilité (Desrosiers, 1992).

² Bien que la *Loi des hôpitaux* date de 1962, «ce n'est qu'en 1969 - à la suite de conflits entre le Collège des Médecins et les associations d'hôpitaux - que les règlements qui devaient accompagner la loi pour définir l'organisation interne de l'hôpital furent édictées (Renaud, 1977, p. 133)».

³ Dans le système de la santé, 22 professions sanitaires sont reconnues avoir des privilèges d'exercices exclusifs ou des privilèges de titres réservés par le Code des professions (Dussault, 1994).

donnent les services de premières lignes et de promotion/prévention, servent de support à la communauté et de référents aux services plus spécialisés. Initiatives fort louables, les CLSC ne pourront pas néanmoins rencontrer leur mandat initial. Cet échec s'explique par la coalition des médecins contre le projet des CLSC, par la «très vive concurrence qu'ils ont eu à subir au départ de la part des cabinets de médecins et des polycliniques [qui émergent en concurrents des CLSC], l'habitude prise par la population dès le début des années 1960 de se rendre à l'urgence ou à la clinique externe des centres hospitaliers, le fait que les médecins y soient rémunérés à salaire et selon un horaire qui limite leur accessibilité (Turgeon et Anctil, 1994, p. 87)».¹ Des DSC (n=32), responsables de la santé publique des populations, sont aussi joutés aux hôpitaux, leur orientation plus sociale devant influencer la culture hospitalière davantage clinico-pathologique et épidémiologique.² Ils remplacent les anciennes unités sanitaires. Des CSS (n=14 ayant plusieurs points de services), qui offrent des services sociaux personnels et spécialisés, sont également introduits dans chacune des régions sociosanitaires du Québec. Les services sociaux sont associés aux services sanitaires dans le système québécois, ce qui constitue l'un de ses traits originaux. Des centres d'accueil et d'hébergement (CAH) et des centres d'accueil et de réadaptation (CAR) complètent la gamme plus spécialisée de services sanitaires. Venant combler les services non desservis par le secteur public ou mettre de l'avant un réseau parallèle, les organismes communautaires et les ressources alternatives sont fondés aussi dans ces années. Ces organismes mettent de l'avant des régulations locales comme adjonction au centralisme planificateur de l'État. Néanmoins, ils deviennent de plus en plus encadrés par l'État au tournant des années 1980-1990. Les «médecines douces» se tracent aussi un espace parallèle au système public. Elles exercent, pour la plupart, encore dans l'illégalité: le Code des professions du Québec ne leur reconnaissant pas d'espace dans le domaine sociosanitaire.

Le ministère se réorganise et se consolide aussi dans ces années. En 1970, le ministère des Affaires Sociales est mis sur pied. Le nouvel organisme naît de la fusion du ministère de la Famille et du Bien-être Social et du MAS. Durant les décennies 1970-1980, toute une panoplie de conseils, de comités et d'organismes gouvernementaux s'y grefferont dont le comité de la santé mentale du Québec (1971) (Turgeon et Anctil, 1994). La consolidation du ministère par ses différentes instances marque, en fait, l'implantation d'un système de régulation sociosanitaire centralisé de services et d'une technocratisation de la prise de décision et de l'action. Comme le système répond aussi à des objectifs de démocratisation et de rationalisation visant la mise en oeuvre d'un système

¹ Moins de 10% des médecins travaillent en CLSC.

² «Les fonctions des DSC touchent la connaissance des besoins et des problèmes de santé de la population, la prévention et le contrôle des épidémies, l'élaboration et l'évaluation de programmes de santé communautaire et de promotion de la santé ainsi que l'organisation et le fonctionnement des services de santé (Bergeron et Gagnon, 1994, p. 5).»

coordonné et continu de services, une place est aussi accordée aux populations régionales dans la prise de décision du système. La régionalisation et la participation de la population aux instances consultatives et décisionnelles du réseau entendent rapprocher les décisions de l'action et rendre ainsi plus manifeste l'adhésion des acteurs aux orientations des réformes. Des conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS), au nombre de 12, soit un par région sociosanitaire, sont implantés en 1971. Ils ont surtout joué un rôle de conseillers auprès du ministère, s'occupant des fonctions de coordination régionale. Ils ont servi, en fait, d'intermédiaires entre les intérêts de la population régionale et le ministère. À cette époque, la régionalisation s'apparente ainsi plus à une déconcentration qu'à une décentralisation du système.¹ «L'absence de compétences administratives suffisantes, l'inexistence d'un palier politico-administratif régional doté de pouvoirs de taxation et garant d'imputabilité et la nécessité, dans un premier temps, de contrôler centralement la rationalisation du système et l'évolution des coûts» expliquent ce constat (Bozzini et Bourgault, 1994, p. 95).

2.1.2. La réforme du tournant des années 1980-1990

Selon Cantandriopoulos et Pouvoirville (1991, p. 2), l'histoire récente du système de santé peut être découpée en trois périodes: «une phase d'instauration des régimes publics d'assurance et de croissance rapide des dépenses de santé jusqu'au milieu des années 1970; une phase de régulation visant à optimiser le rendement, c'est-à-dire à contrôler les coûts et à maximiser la qualité des services jusqu'au milieu des années 1980² et une phase de remise en question qui s'ensuit». Au milieu des années 1980, un mouvement de réforme s'enclenche ainsi pour revoir le système sociosanitaire: *Objectif: Santé* (1984), *rapport Rochon* (1985-1988), *Orientations* (1988), *Une Réforme axée sur le citoyen* (1990), *La Loi 120* (1991), *La Politique de la santé et du bien-être (PSBE)*, (1992), *Un Financement équitable à la mesure de nos moyens* (1992), etc. L'état des finances publiques, la difficulté du réseau à s'adapter aux nouveaux impératifs structuraux (complexité du réseau, montée de nouveaux acteurs, évolution de la notion de santé, etc.), la remise en question du rôle de l'État providence comme seule instance de régulation sociale et la montée de l'idéologie néo-libérale imposent une telle mouvance.

¹Pour une définition de ces notions, faire référence aux deux premières notes en bas de page de la section 2.3.1,

²Cette période dans le texte original s'achève à la fin des années 1980; comme les travaux de la commission Rochon débutent en 1985, cette date est plutôt retenue ici. Par ailleurs, comme exemples de mesures de rationalisation, soulignons particulièrement la réduction des lits de courte durée (4,92 par 1 000 habitants en 1972 à 3,87 en 1980), la conversion de lits de courte durée en longue durée (15% dans les hôpitaux de plus de 200 lits), le plafonnement des salaires des médecins et l'introduction d'objectifs de rationnement des effectifs. Dans les hôpitaux, qui entraînent près de la moitié des dépenses de santé, la tendance est aussi d'embaucher de plus en plus d'employés occasionnels ou à temps partiels.

Le système est diagnostiqué comme étant captif des différents groupes d'intérêt (organisationnels et professionnels) y interagissant et comme étant orienté par la loi du plus fort. La clientèle, dite au centre du secteur, devrait pourtant être le moteur de son organisation. L'ensemble du système n'est toutefois pas remis en cause, puisque d'après plusieurs études, il demeure malgré tout l'un des meilleurs au monde. Sa capacité d'adaptation et d'ajustement et sa cohésion sont l'objet de la réforme (Bélanger *et al.*, 1988). Résultant de cette compétition entre les forces du réseau, le système est particulièrement caractérisé comme désarticulé entre ses différentes unités organisationnelles et professionnelles. L'insuffisance de concertation dans le réseau est notamment perçue comme responsable des lacunes en matière de coordination et de continuité des services. Des mécanismes, surtout de type organisationnel, sont préconisés en continuité avec la réforme précédente pour mieux rationaliser le système. L'intégration du réseau sociosanitaire par la mise en place d'une gestion plus régionalisée et démocratique est singulièrement visée.

Dans ce but, les instances régionales passent en 1991 du statut de conseil (CRSSS) à celui de régie (RRSSS); leur nombre est aussi augmenté à 18. Ces dernières ont, avec la *Loi 120* (1991), des responsabilités majeures au niveau régional en matière de planification, de coordination, de budgétisation et d'évaluation. De nouvelles fonctions en santé publique leur sont aussi attribuées, puisque maintenant les DSC y sont incorporés. Le domaine sociosanitaire est également organisé selon l'approche par programmes-clientèles. Cette approche devrait orienter «la gestion du système, non plus en fonction des types d'établissements et de ressources [l'offre de service], mais en fonction de programmes basés sur des objectifs de santé et de bien-être et visant des résultats explicites (D'Annunzio, 1993)» (voir aussi la citation en exergue). Soulignons qu'au début des années 1970, tout en implantant l'approche par budget global pour les établissements de santé, un système de rationalisation des choix budgétaires (RCB) reposant sur l'idée de planification, de programmation et de budgétisation avait aussi été élaboré. D'après Bégin (1989), cette approche impliquait «la mise en place de programmes interétablissements dont la coordination devait s'effectuer à un niveau extérieur à l'établissement. Bref, l'approche RCB enlevait à l'établissement et pour certains programmes les pouvoirs d'allocation et de contrôle que lui reconnaissait par ailleurs le budget global. Cette approche aurait également nécessité la réorganisation interne des établissements selon une structure de programmes plutôt que de services et de centres d'activités (p. 146)». Ce projet initial ne fut pas implanté, puisqu'aucun programme ne releva de la responsabilité de plusieurs établissements comme le suppose l'approche par programmes. «Le budget du système de santé et des services sociaux a donc été faussement qualifié de budget de programmes alors qu'il ne référait qu'à des catégories d'établissements et, au sein de ceux-ci, à des centres d'activités. L'idée d'une programmation de services à évaluer en fonction d'objectifs de santé perdait ainsi tout son sens (Bégin, 1989, p. 147)».

«La nouvelle structure doit avoir pour effet de renverser le mouvement qui consiste, en premier lieu, à définir le mandat d'un établissement, à déterminer, en second lieu, les services qu'il devrait offrir et, enfin, à faire connaître une offre de services à la population que l'établissement désire rejoindre. À partir d'une vision générale du processus de planification, la nouvelle approche consiste à estimer d'abord les besoins de la population, puis à déterminer les services nécessaires à la satisfaction de ses besoins et, enfin, à organiser les ressources en conséquence».¹

Le domaine de la santé et des services sociaux est divisé en huit programmes-clientèles²: santé physique, santé mentale, santé publique, jeunesse, alcoolisme/toxicomanie, personnes âgées, déficience physique et déficience intellectuelle. Les programmes sont regroupés en cinq champs d'activités: santé publique, santé physique, santé mentale, intégration sociale et adaptation sociale (voir le tableau 1). Les régions régionales doivent mettre en oeuvre, pour chaque programme-clientèle identifié par le ministère, des plans régionaux d'organisation de services (PROS, *Loi 120*, article 347). Le regroupement des programmes en champs d'activités permet la prise en compte des problématiques ou des clientèles qui ne sont pas couvertes par les PROS. Le champ de la santé mentale comprend, par exemple, le PROS en santé mentale et la problématique du suicide. La notion de champ d'activités, tout en couvrant des problématiques ou des clientèles dont l'importance impose la nécessité d'un PROS, s'étend à des problématiques montantes ou nouvelles et à des activités demeurant centralisées ou celles n'existant pas nécessairement dans toutes les régions.³ Les régions régionales ont aussi à identifier leur contribution aux objectifs de la *PSBE*, qui s'articulent avec les différents PROS. Elles ont également à effectuer un plan de reconfiguration de leur réseau, qui prend en compte le contexte des compressions budgétaires et du virage ambulatoire. Les plans de transformation des réseaux sociosanitaires contribuent actuellement à configurer les PROS.SM (voir la section 5.3).

La démocratisation du système s'articule autour de l'incorporation de nouveaux acteurs dans le processus consultatif et décisionnel du système, davantage représentatifs de la population et de l'ensemble des intérêts en jeu. Depuis la *Loi 120*, le personnel des établissements du réseau est ainsi minoritaire dans les conseils d'administration (CA) de ces institutions: les représentants de la population, d'usagers, du milieu de l'éducation et de la justice le cas échéant sont devenus majoritaires (Turgeon et Anctil, 1994). De même, dans les CA des RRSSS, les élus municipaux (20%), les représentants de groupes sociosanitaires connexes à la santé (l'intersectoriel: 20%) et les organismes communautaires (20%) représentent maintenant 60% des sièges. En plus de

¹MSSS-DGPE, *Vers une nouvelle structure de programmes*, mai 1990, p. 5.

²Les notions de «programmes» ou de «programmes-clientèles» sont employées sans différenciation dans la thèse. Vu l'emploi de la notion de programmes pour signaler différentes réalités (voir la section 3.3.2), le terme «clientèles» a été ajouté à celui de programmes pour faire référence à cette approche organisationnelle particulière.

³MSSS-DGPE, *Vers une nouvelle structure de programmes*, mai 1990, p. 4.

recentrer le système vers les intérêts de la clientèle et de démocratiser la prise de décision et l'action, cet élargissement de la participation devrait permettre de mieux tenir compte des déterminants socio-économiques en matière de santé, de renforcer les relations intersectorielles et interorganisationnelles et de reconduire le système en fonction d'interventions de nature plus préventive, légère et humanisée (et de fait plus économique). La construction de réseaux coordonnés et continus de services est ainsi privilégiée.

Tableau 1: Liste préliminaire des programmes-clients

Champs d'activités	Programmes-clients
•Santé publique	•Population requérant des interventions de santé publique
•Santé physique	•Santé physique
•Santé mentale	•Personnes aux prises avec des difficultés de santé mentale
•Intégration sociale	•Personnes âgées en perte d'autonomie •Personnes présentant une déficience intellectuelle •Personnes ayant une déficience physique
•Adaptation sociale	•Jeunes en difficulté •Personnes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme et d'autres toxicomanies

*Source: Groupe de travail sur l'allocation des ressources, MSSS, 1993 (reproduit de Nguyen, dans *La planification régionale des services sociaux et de santé*, sous la direction de Tremblay, *et al.*, 1996)

Les déterminants socio-économiques et culturels de la maladie sont ainsi mis en relief, ce qui remet en question la place centrale et omnipotente prise par le système de soins publics comme seul moyen efficace pour contrer les problèmes sociosanitaires.¹ Cet élan rejoint, en fait, l'élargissement de la notion de santé prônée depuis le milieu de ce siècle par l'Organisation des Nations Unies, par le fédéral avec le *rapport Lalonde* (1974) et par le MSSS (Québec) depuis surtout la *PSBE* (1992). La réforme souligne aussi la nature contingente du système trop orienté sur un modèle hospitalocentrique. Le réseau devrait donc restreindre son rythme de développement naturel et un réajustement, s'accomplir entre les services curatifs versus la prévention, le médical versus le social. Une fois le coût des services médicaux acquitté, il ne reste que 28% du budget pour les services sociaux et les services de prévention. Depuis dix ans, ces secteurs d'activités n'ont par ailleurs bénéficié que d'une augmentation de 0,5% (Bélanger, 1992).

Le réajustement en faveur du social interpelle la consolidation du pouvoir des professionnels de la santé autres que médicaux, du communautaire et des forces locales. Avec la *Loi 120*, le personnel clinique a notamment droit à son conseil multidisciplinaire. Par contre, comme l'affirme Langlois (1992, p. 133), le fait que les conseils d'administration puissent décider «si un seul conseil

¹ Les scientifiques et les politiciens ont constaté que le développement d'un système public de santé était loin d'avoir réalisé tous les espoirs en termes de gains de santé. Bien qu'il y ait eu une amélioration générale de la santé de la population depuis l'après-guerre, il n'y a pas eu pareil gain en matière d'écart de santé, malgré l'introduction de la gratuité des services. De plus, il s'avère difficile de quantifier quelle part de l'amélioration de la santé est imputable aux services de santé versus à d'autres déterminants tels que l'éducation, l'économie, la culture, l'amélioration de l'hygiène publique, etc.

multidisciplinaire doit être institué pour l'ensemble des établissements qu'il administre constitue une nuance qui modifie substantiellement la nature du rôle que peut jouer ou ne pas jouer un tel conseil». L'impératif d'une refonte de la législation relative au Code des professions avait aussi été soulevé par les commissaires de la Commission d'enquête sur les services sociosanitaires (1988), ce qui aurait pu conférer des marges de manoeuvre plus solides aux professionnels paramédicaux du réseau. En ce sens, le *rapport Rochon* mettait de l'avant la transformation des champs d'exercices exclusifs en actes d'exercices exclusifs. L'ouverture de cette nomenclature est cependant fort complexe parce qu'elle «déplairait, entre autres, souverainement aux corporations médicales (Lamoureux, 1988, p. 166)». Pris entre l'impossibilité d'accroître le financement public et le parti pris contre la privatisation, le renforcement du social favorise aussi les groupes communautaires maintenant reconnus partenaires du réseau au sein des structures consultatives et décisionnelles. La garantie d'un meilleur financement leur est consentie dans le respect de leur autonomie. Les forces locales constituent, enfin, le dernier pilier de la consolidation du volet social. La réforme pousse à consolider les dynamiques locales par l'augmentation de la décentralisation de la prise de décision et de l'action en région (et en sous-région). L'accent est également mis sur la responsabilisation des communautés et de la personne dans la prise en charge des problèmes sociosanitaires.

Le renforcement du social amène néanmoins des tensions dans le système entre les dynamiques organisationnelles, professionnelles et locales et entre les logiques de coordination et de régulation autonome. La réforme semble encourager, d'une part, l'autonomie locale (société civile) et professionnelle (notamment médicale) et, d'autre part, l'intégration du réseau par l'émergence d'une rationalité accrue; la réforme semble s'orienter sur une logique fondée sur l'expertise et la technologie et en même temps sur le verdict résultant d'un processus participatif. Cette tension est cependant médiatisée par l'appel à la négociation entre acteurs qu'articule la réforme avec sa notion de partenariat: partenariat entre le centre, les régions et les localités; partenariat entre les établissements, le communautaire et l'intersectoriel; partenariat entre les professionnels et la population. Les acteurs en concertation sont supposés résoudre les problèmes du réseau, possiblement devenus trop politiques pour l'être par décret.

Enfin, la réforme restructure certains des établissements du réseau. «Les fonctions d'hébergement et de soins de longue durée sont maintenant réunies sous une même appellation: centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Les fonctions des centres de services sociaux sont resserrées autour de l'intervention auprès des jeunes; ils sont désormais désignés centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ). Trois autres centres de services complètent le réseau: les centres hospitaliers (généraux, spécialisés et psychiatriques), les centres

de réadaptation et les CLSC (Turgeon et Anctil, 1994, p. 100)». Actuellement, ces derniers se partagent avec les cliniques externes des CH, les cabinets privés des médecins et les CPEJ, le titre de porte d'entrée du réseau. «La loi force également plusieurs établissements à coordonner ou même à regrouper leurs services. Mais encore plus que la loi, le contexte budgétaire pourrait bien accélérer les regroupements (Turgeon et Anctil, 1994, p. 103).» La fusion de centres hospitaliers universitaires de Montréal et de Québec et les projets en cours de fusion des conseils d'administration d'établissements en sont des exemples (Turgeon et Sabourin, 1996). Le contexte budgétaire actuel incite aussi à repenser le panier des services défrayé par la couverture publique et certaines pratiques organisationnelles et professionnelles.¹ Le virage ambulatoire et la communautarisation des services constituent des exemples des effets entraînés par ce contexte de décroissance budgétaire. Plus de 1,4 milliard de dollars de compressions budgétaires doit être effectué dans le réseau pour la période 1995-1998.

2.1.3. Les éléments perturbateurs à la réforme du système sociosanitaire

La régionalisation apparaît notamment insuffisante pour répondre aux enjeux de la réforme, les principaux pouvoirs en matière de structuration des services étant encore centralisés (Bozzini et Bourgault, 1992). Les régies régionales ont des pouvoirs limités en ce qui concerne l'orientation de leurs PROS, la priorisation des enjeux régionaux, le contrôle des établissements et l'organisation du réseau, de l'effectif médical et du financement du système. La mobilisation d'acteurs régionaux (notamment la Conférence des régies régionales) et locaux en faveur de l'accroissement du processus de décentralisation peut néanmoins favoriser le renversement de cette dynamique. Ce phénomène est d'autant plus probable en raison de la crise fiscale de l'État et de la remise en question du rôle de l'État providence comme seule force de régulation sociale. De plus en plus, les régies régionales semblent aussi faire leur preuve comme instances capables de répondre aux besoins régionaux, ce qui leur confère davantage de légitimité pour restructurer le réseau sociosanitaire (Maranda, ACFAS, 1993; voir la section 2.3.2).

Le bilan de la participation appert, lui aussi, controversé. Plusieurs auteurs ayant étudié le phénomène ont conclu à la «désaffection du public ou à l'incapacité des citoyens d'exercer une influence réelle sur les orientations des organisations de santé et les pratiques des professionnels (Bégin *et al.*, 1978; Godbout, 1981, 1983 et 1987; Brassard, 1987; O'Neill, 1992; dans Forest, Bryson et Lorion, 1994, p. 144)». Ceci rend encore plus étonnant l'acharnement de la réforme à accroître la participation sans vraiment chercher des mécanismes pour améliorer le processus. La

¹À titre d'exemples, les services dentaires pour les personnes de 10 ans et plus et les services optométriques pour les personnes de 18 ans et plus ne sont plus gratuits. Les bénéficiaires de l'aide sociale sont néanmoins exclus de ces restrictions.

mobilisation de la population mise au centre du système questionne aussi la potentialité du réseau à intégrer de telles données et les connaissances fondées sur l'expertise et la technologie. Selon Godbout (1989), la population «au centre du système» s'avère plutôt reléguée à sa périphérie. L'inégalité des acteurs en présence et leur légitimation divergente expliquent notamment le statut controversé des résultats attachés à la participation. Des actions visant la consolidation de ces acteurs, leur inscription plus manifeste aux enjeux de la réforme et l'amélioration du processus participatif peuvent aussi venir contrebalancer la dynamique actuelle du réseau.

La démocratisation du système, par les structures de concertation, minimise la place prise par le corps médical dans le processus consultatif et décisionnel du réseau. Ceci concorde avec les objectifs visés par l'élargissement de la notion de santé. L'adhésion des médecins aux enjeux de la réforme est cependant fondamentale; peu de mécanismes ont été mis en place pour les inscrire à la réforme.¹ Selon Contandriopoulos (1996), une refonte des modalités de paiement des médecins s'impose pour restructurer le système. Tant que les médecins seront payés à l'acte, il s'avérera difficile de les faire participer à la gestion du système et de les associer à la planification des contraintes budgétaires. La *Loi 120* institue des commissions médicales régionales joutées aux régies. Pour Turgeon et Anctil (1994), «les médecins font maintenant leur entrée dans le système public, autrement que comme entrepreneurs libres; pour la première fois, ils seront représentés par un organisme extérieur à l'établissement où ils pratiquent. Les commissions sont des organismes consultatifs qui fournissent des avis aux régies sur toutes les questions touchant l'organisation et la distribution des services médicaux, les modes de rémunération et l'organisation de la pratique (p. 100)». Les répercussions de ces commissions sont à suivre, en particulier sur la coordination au réseau des cabinets privés et des polycliniques médicales.

La nature bicéphale de la majorité des centres hospitaliers, où la direction administrative n'exerce quasiment aucun pouvoir sur le corps médical (gestion médicale), renforce également l'indépendance des médecins vis-à-vis les objectifs de la réforme. La *Loi 120* assujettit l'exercice de la profession des médecins et des dentistes à une surveillance plus structurée, plus directe et potentiellement plus efficace. Ce resserrement de la loi, quoiqu'il constitue une avancée vers l'interdépendance des médecins et des gestionnaires, se rapprocherait cependant plus du statu quo que d'un réel changement des pratiques hospitalières (Demers, 1994, p. 232). Les infirmières reçoivent aussi avec la *Loi 120* leur Conseil des infirmières et des infirmiers. Rappelons, d'une part,

¹ Par exemple, «la Fédération des CLSC jongle avec l'idée d'un mécanisme responsable de la planification et de la coordination de tous les services de première ligne du territoire, ce qui inclurait autant les cliniques privées que les groupes communautaires (Bozzini, 1990, p. 118)».

l'importance des pratiques professionnelles comme moyen de réguler le financement du réseau¹ et, d'autre part, la place centrale prise par le réseau hospitalier dans la dispensation des services. En ce sens, des auteurs tels que Godbout (1989), Lesemann et Lamoureux (1989) ainsi que Bélanger (1988) affirment avec justesse que la commission Rochon, hantée par des objectifs organisationnels de cohérence et de coordination, oublie de s'attarder aux structures et aux acteurs dont l'action a le plus d'effet sur le système (voir la citation en exergue). Par exemple, la *Loi 120* a reconduit les budgets historiques des hôpitaux (qui ne tiennent compte que des intrants: ressources matérielles et humaines), mais peu de mécanismes ont été mis en place tenant compte dans l'allocation financière aux établissements des résultats exprimés en termes de santé (Turgeon et Anctil, 1994). La commission Rochon, bien qu'elle s'attarde sur les ressources communautaires et sur leur arrimage au réseau, «ne met aussi de l'avant aucune stratégie articulée de développement pour ce secteur même si elle en reconnaît l'importance (Bélanger *et al.*, 1988)». Pour la consolidation du communautaire oeuvrant dans le domaine de la santé mentale, *Le Bilan d'implantation de la PSM* (1997) prône néanmoins que 10% du budget de la santé mentale des régions soient alloués au financement de ces organismes.

«(...) ce qui paraît paradoxal, c'est l'acharnement mis à imaginer le recours possible à des formes de ressources légères auxquelles on n'attribue qu'une infime portion des budgets sociaux, alors qu'on ne semble toucher d'aucune façon aux véritables sources d'accroissement des coûts que représentent les hôpitaux et les autres formes d'hébergement institutionnel, les honoraires des médecins et les salaires des professionnel (le)s (Lesemann et Lamoureux, 1989, p. 62)».

Lesemann stigmatise, quant à lui, l'utopie technocratique proposée par la commission Rochon, et par répercussion par la réforme, qui consiste à «imaginer qu'un sursaut de rationalité et d'appel au bien commun puissent mettre au pas des intérêts particuliers si puissants (dans Lamoureux, 1988, p. 166)» et l'ambivalence de la Commission «hantée par son idéologie du consensus, par l'affirmation à la fois de la double nécessité du changement et de la continuité, du blocage presque complet du système et pourtant de son fonctionnement satisfaisant, ce qui semble l'avoir mis dans une situation proche de l'impuissance (1988, p. 138)». Cette situation s'explique, d'après Godbout (1988) et Vaillancourt (1989), par la «prise en otage» de la Commission, coincée dans le contexte socio-économique de sa mise sur pied par le Parti québécois et de sa réactivation par le Parti libéral:

«la Commission se devait de ne pas s'aliéner entièrement un certain nombre d'intérêts puissants (comme les fédérations médicales et l'Association des hôpitaux) ou au courant néolibéral grouillant à l'intérieur du Parti libéral. Ceci explicite du moins en partie, un certain nombre de silences de la Commission (sur la pratique médicale, par exemple) ou la porte

¹Notons que l'évolution de la quantité de services utilisée par individus compte pour 60% de l'augmentation des dépenses par personnes au Québec. Par comparaison, en Ontario, cette part est plutôt de 34% (*rapport Rochon*).

laissée ouverte à un certain degré «marginal» de «privatisation» des services (...) On ne peut pas toujours mettre au pas par décret (Bozzini, 1990, p. 110)».

La réforme en cours du système sociosanitaire s'effectue donc surtout par des voies organisationnelles. Dans l'ensemble, bien que la réforme apparaisse plutôt conservatrice, certaines modifications introduites par la *Loi 120* (1991) sont importantes et pourraient être porteuses de changements plus substantiels de la régulation du réseau: l'emphase mise notamment sur la décentralisation du système et sur une meilleure représentativité dans le processus consultatif et décisionnel et la mise de l'avant de la formule PROS comme stratégie d'implantation de la réforme. Les PROS renforcent certaines orientations antérieures prises par le système et tentent d'implanter des processus innovateurs: la gestion et le financement par programmes-clientèles, l'approche par objectifs et résultats, l'évaluation et une démarche en partenariat. La section suivante examine le système de santé mentale.

2.2. Les réformes des services de santé mentale

La santé mentale est le premier des secteurs sociosanitaires à avoir fait l'objet d'une réforme, d'une politique, d'un processus de régionalisation et à s'être inscrit dans la structuration des PROS. Tout en s'articulant aux enjeux de la réforme sociosanitaire, la santé mentale a un itinéraire particulier qui relève, d'une part, de sa spécificité nosologique et, d'autre part, de l'aspect souvent précurseur des changements effectués dans ce secteur par rapport aux autres domaines de la santé. La santé mentale est, par ailleurs, l'un des premiers secteurs en importance en matière de coûts directs de santé. Selon les études, de 13,5% à 18% du budget de la santé sont consacrés à ce portefeuille. En matière de coûts indirects, «certains auteurs américains soutiennent que peu de maladies sont aussi importantes dans leurs effets négatifs pour le revenu que les troubles mentaux et que les coûts indirects des maladies mentales sont supérieurs au coûts directs reliés aux traitements de ces maladies (Lamontagne, 1985, p. 94)».

L'enquête *Santé Québec* confirme l'importance prise par les maladies mentales: plus de une personne sur cinq connaît un problème de santé mentale au cours de sa vie. Actuellement, 20% de ces problèmes sont dépistés et traités. Notamment, la schizophrénie touche 1% de la population. Les troubles mentaux représentent la deuxième cause d'hospitalisation au Québec, la première chez les hommes de 25 à 44 ans et chez les jeunes de 15 à 24 ans, avec un taux de 20% du total des jours d'hospitalisation. Depuis 1980, le nombre de journées d'hospitalisation pour troubles mentaux dans les CHSCD augmente annuellement de 2,5 pour 1000 en moyenne. À l'intérieur du programme de gratuité des médicaments, qui s'adressait aux personnes âgées et aux bénéficiaires

de l'aide sociale, les médicaments du système nerveux central, associés aux troubles mentaux, comptaient en 1983 pour près de 35% des ordonnances et des coûts (PSM, 1987).¹ Afin de mieux faire ressortir la dynamique particulière de ce domaine de la santé et son articulation aux réformes sociosanitaires, une brève rétrospective de l'institutionnalisation des services de santé mentale au Québec fait l'objet de ce sous-chapitre: «L'évolution des conceptions de la «santé mentale» avant le rapport Bédard (1961)» et «De l'âge d'or de la psychiatrie à la notion de santé mentale».

2.2.1. L'évolution des conceptions de la «santé mentale» avant le rapport Bédard (1961)

D'abord caractérisée de folie, puis de maladie, enfin de problème d'intégration socioculturelle tout autant que de problème biologique, la santé mentale est une problématique aux contours difficiles à cerner. Il est tout autant difficile de l'intégrer à un corpus médical ou de l'associer à un traitement professionnel particulier, ce qui donne un statut particulier à son institutionnalisation. L'itinéraire de sa nosologie suit, plus que tout autre maladie, le parcours de l'évolution de la structuration des sociétés, se modelant aux valeurs culturelles et sociales et au développement économique. De tout temps, la «santé mentale» a néanmoins été associée à la notion de raison.

Dès l'Antiquité, «la santé mentale» est liée, par exemple, à la notion de maladie. L'oeuvre hippocratique, bien que concédant une place modeste à ce type de manifestation, tente une première classification de celle-ci: la phrénitis, la manie, la mélancolie, l'épilepsie et l'hystérie sont parmi les maladies mentales définies dans le *corpus hippocraticum*. L'explication de leur manifestation s'intègre dans la théorie des humeurs. La montée de l'esprit rationnel dans l'explication des phénomènes sociaux, en particulier dans la nosologie des maladies, et la laïcisation de la société de cette époque expliquent cette tendance à considérer ce genre de perturbation plus comme «maladie» que comme «folie». L'emprise de la pensée religieuse, omniprésente dans la société du Moyen Age, renforce plutôt le statut de folie donné à cette manifestation. Largement toléré, quelque fois réprimé, le fou apparaît comme un exclu (Collée et Quétel, 1987). À cette époque, les religieux commencent à se manifester comme garants de la folie: les «insensés», moyennant une pension payée par la famille, peuvent être gardés par les communautés religieuses. Refusant d'abord leur admission, les hôpitaux leur aménagent à partir du XIV^e siècle quelques loges et de petites salles. La configuration de la société de cette époque et celle des siècles subséquents encouragent cette tendance à l'hospitalisation. D'une part, le climat général des quelques siècles antérieurs à la période moderne, caractérisé par la peur collective de la fin du monde et du jugement dernier dû aux grandes calamités qui affectent la société, conduit à

¹ Avant la réforme de 1998 qui introduit un service d'assurance publique pour l'ensemble de la population québécoise

la répression de la folie vers des lieux moins visibles. La montée de l'industrialisation et de l'idéologie du travail à partir de la période moderne incite, d'autre part, à cette répression. C'est en fait l'époque connue sous l'appellation du Grand Renfermement (Foucault, 1961; Geremek, 1987). Non seulement les fous, mais tous les mendiants, sans discrimination de leur état de santé, sont enfermés entre les murs des nouveaux hôpitaux ainsi créés: les Hôpitaux généraux, dont le premier en France est constitué en 1656, l'Hôpital général de Paris. Le fou disparaît du paysage familial et quotidien. La montée de l'esprit scientifique, caractéristique aussi de cette époque, remet sur la sellette le discours médical sur la folie. Des ouvrages médicaux traitant spécifiquement de la maladie mentale sont publiés à partir du XVIII^e siècle. L'*Encyclopédie* définit alors la folie en termes médicaux et moraux:

«La folie paraît venir quelques fois de l'altération de l'âme qui communique aux organes du corps, quelques fois du dérangement des organes du corps qui influent sur les opérations de l'âme (*Encyclopédie* ou *Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers par une société de gens lettrés*, tome VI, Paris, 1751, p. 42).»

Au XVIII^e siècle, la tendance à la médicalisation de la «folie» prend de plus en plus d'importance. L'état du fou devient désormais curable, l'aliénation étant jugée comme un état purement nerveux, une réaction organique à un environnement social pathogène (Boudreau, 1984). La montée de la médecine scientifique et philanthropique favorise cette tendance. L'internement thérapeutique est de plus en plus prôné dans des lieux dissociés de la société et de l'hôpital général, soit dans des lieux propices à une hygiène mentale adéquate. La fin de ce siècle et le XIX^e siècle sont marqués par la naissance de l'asile, la montée du pouvoir médical et la médicalisation du «fou». C'est au cours de ce processus que la psychiatrie se constitue: consolidation d'un code théorique¹, d'une technologie d'intervention, d'un dispositif institutionnel et d'un corps professionnel. La «folie» devient ainsi un objet de perception médicale et son traitement, une compétence du médecin, légitimé par les pouvoirs publics. En fait, à l'époque moderne, le politique et la médecine se rencontrent pour consolider un savoir et un pouvoir. Robert Castel (1976, p. 20) mentionne ainsi: «la psychiatrie est bien une science politique parce qu'elle a répondu à un problème de gouvernement. Elle a permis d'administrer la folie». Allant encore plus loin, «Laing en Grande-Bretagne et Szasz en Amérique affirment que l'asile et la psychiatrie institutionnelle sont le résultat d'une véritable conspiration, celle

¹ Le traitement moral, qui émerge vers la fin du XVIII^e siècle, donne les assises théoriques à l'implantation des institutions consacrées uniquement au traitement de l'aliénation mentale, soit l'asile. «Le traitement moral ne se réduit pas à une doctrine thérapeutique, mais il comprend aussi une classification des malades mentales et une pathologie de ces dernières. Il peut donc être interprété comme l'une des premières tentatives de la médecine moderne visant à formuler un cadre médical pour la compréhension des maladies mentales (Keating, 1993, p. 9).» La théorie de la dégénérescence s'implante, pour sa part, au Québec au tournant de ce siècle, faisant suite à la Commission provinciale d'enquête sur les asiles (1887) qui débouche sur une réorganisation de l'administration des asiles en y établissant des bureaux médicaux. Cette théorie est, en fait, la refonte du traitement moral. «Tout en ne niant pas la possibilité de guérir la folie, cette deuxième théorie comportait une entité nosographique centrale, le délire chronique, qui renvoyait à une maladie mentale incurable. Le problème de l'incurabilité n'était plus expliqué par les possibilités limitées de la thérapeutique en médecine mentale: l'incurabilité était plutôt conçue comme l'effet de caractères propres au type d'origine et au mode de développement de certaines maladies mentales spécifiques (Keating, 1993, p. 11).» Enfin, «d'une notion d'un trouble de dégénérescence, les maladies devenaient le résultat de processus intra-psychiques riches et complexes: refoulement, projection, déni, clivage, identification projective, etc. (Pomerleau, PRASM, 1986, p. 47).»

d'un groupe professionnel en quête de pouvoir et de prestige, dans un domaine où leur compétence scientifique est pour le moins douteuse (Boudreau, 1984, p. 29)». Goffman (1968) insiste, pour sa part, sur l'aspect déconstructif pour l'image de soi de la personne recluse à l'institution psychiatrique (l'interactionnisme); quasiment rien de thérapeutique résulte d'une telle pratique. Un fait demeure, le médecin est constitué en expert de la question de l'aliénation. Bien que de nombreuses personnalités aient contribué au développement de la pratique asilaire, la tradition historique a surtout retenu le nom de Philippe Pinel.

Au Québec, l'institutionnalisation de la psychiatrie en tant que spécialité médicale s'établit au cours du XIX^e siècle et se consolide au XX^e siècle, dans les suites de son parcours européen (Keating, 1993). Le premier lieu de traitement de la médecine psychiatrique aurait été l'Hôpital général de la ville de Québec. Puis en 1845, un premier asile est érigé: celui de Beauport (appelé par la suite St-Michel d'Archange puis Robert Giffard), bien qu'une hypothèse alternative fasse remonter la naissance de l'asile à 1839 (Montréal Lunatic Asylum). À Montréal, St-Jean-de-Dieu (qui devient le CH Louis-Hippolyte Lafontaine) est inauguré en 1876. À cette époque, jusqu'au début des années 1960, «les psychiatres, affirme la commission Bédard (1962, p. 25) outragée, n'étaient «que de simples concierges», dont le rôle était d'établir les diagnostics et les pronostics et de prescrire les médicaments (Boudreau, 1984, p. 53)». Entre autres, l'omniprésence du clergé québécois à cette époque dans le domaine sociosanitaire et l'absence de psychiatres expliquent ce constat. Selon Boudreau, au tournant des années 1950, il n'y avait au Québec que 15 psychiatres. Le personnel infirmier de cette période est en majorité formé d'infirmières religieuses. Bien qu'il existât un important contingent d'infirmières laïques étudiantes, cette profession, pour la plupart, prenait fin avec le voile (mariage ou religion). L'administration des hôpitaux est aussi confiée aux religieuses. Par conséquent, la majorité des psychiatres, exerçant dans les asiles du Québec, quoiqu'ayant «un certain prestige, n'avaient aucun pouvoir (CESSSS, *Dossier santé mentale*, p. 1)». La révolution du champ des connaissances psychiatriques à partir des années 1950 et la transformation des institutions québécoises dans les années 1960 auront d'importantes répercussions sur l'institutionnalisation de la psychiatrie au Québec. Cette époque marque, en fait, l'âge d'or de la psychiatrie, objet de la prochaine section.

2.2.2. De l'âge d'or de la psychiatrie à la notion de santé mentale

2.2.2.1. Des années 1960 à la fin des années 1970

Au seuil des années 1960, les services psychiatriques publics étaient surtout asilaires. Les hôpitaux généraux s'étaient montrés peu intéressés au traitement de la maladie mentale, bien que depuis

1948, ils pouvaient bénéficier d'un octroi de santé mentale du gouvernement fédéral et depuis 1961, de l'assurance-hospitalisation (Boudreau, 1984). Le mouvement de restructuration sociale déclenché à la période d'après-guerre, et surtout au Québec dans les années 1960, ne manquera pas de toucher le milieu asilaire. La réforme psychiatrique débute quelques années avant celle de la santé et des services sociaux (commission Castonguay-Nepveu). Un événement déclencheur est, en fait, à l'origine de la création en 1962 de la Commission d'enquête sur les hôpitaux psychiatriques (rapport Bédard): un ex-patient psychiatrique, Jean-Charles Pagé, publie un livre intitulé «Les fous crient au secours» (Pagé, 1962; postface du Dr. Laurin). Les hôpitaux psychiatriques se voient alors remis en question. De nouveaux psychiatres dénommés les modernistes sont mis à l'avant-scène, afin de consolider la profession médicale comme détentrice du traitement de la maladie mentale, considérée au même titre que toutes autres maladies.

Cette conquête psychiatrique est devenue possible grâce notamment à l'accroissement du nombre des détenteurs de ce titre au tournant des années 1960 (le nombre de psychiatres au Québec grimpe de 15 à 170 durant cette période - Boudreau, 1984 -), qui s'unissent en association (l'Association des psychiatres du Québec: 1962). Le succès incontestable de la médecine scientifique de pointe et l'arrivée sur le marché des produits pharmaceutiques comme les neuroleptiques et les antidépresseurs, qui réduisent les symptômes en stabilisant le comportement, légitimaient aussi la création d'une telle approche hospitalocentrique. L'ambition des psychiatres rencontrait, par ailleurs, les aspirations de la population et des élites politiques: humaniser les asiles et guérir à tout prix et au plus vite les grands malades (Saucier, PRASM, 1986). L'élite psychiatrique montante réclame: la création d'une section de la psychiatrie active au sein du MAS; l'élaboration de programmes de formation en psychiatrie; la constitution d'un personnel spécialisé et multidisciplinaire; la promotion de la recherche et de l'enseignement; la désinstitutionnalisation des patients psychiatriques et du personnel; la diversification des services; la création de foyers de transition, d'ateliers protégés, de centres de jour et d'établissements d'hébergement et de réadaptation; la régionalisation des services; le développement de la psychiatrie dans tout hôpital de plus de 200 lits et la création de cliniques externes de pédopsychiatrie.

Les responsables de la Commission d'enquête sur les hôpitaux psychiatriques (Bédard, Lazure et Roberts) sont mis dès 1962 à la tête de la division des services psychiatriques au MAS (1962-1970), division nouvellement créée. Cette dernière a comme principal mandat de mettre en application les recommandations du rapport. Le clergé est, dès lors, progressivement mis à l'écart des services. Les asiles deviennent des hôpitaux psychiatriques, dans lesquels est renforcé le volet thérapeutique et pour lesquels existent un financement public, au même titre que pour les hôpitaux généraux, et un budget annuel protégé. Les hôpitaux généraux sont aussi dotés progressivement

progressivement de services psychiatriques. Cette époque est également marquée, comme dans les autres domaines de la santé, par l'entrée de professionnels paramédicaux. Ceux-ci jouent néanmoins en ce domaine un rôle particulier, puisqu'ils deviennent, sous la supervision des psychiatres, membres des équipes communautaires et multidisciplinaires psychiatriques (psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, infirmières), pratique instituée comme un des pivots de la réforme. Associée à une politique de sectorisation, la psychiatrie communautaire se voulait l'extension de l'hôpital dans la communauté. Le modèle de psychiatrie communautaire met l'accent sur l'accessibilité, l'individualisation et la continuité des soins, en identifiant des populations-cibles et en favorisant le développement d'équipes professionnelles et multidisciplinaires de soins. Pour sa part, la sectorisation est définie:

«comme une méthode d'organisation des services et de distribution des soins. Elle consiste à confier la responsabilité clinique d'une population habitant une aire géographique bien définie à une équipe multidisciplinaire elle-même relevant d'un établissement qui assume avec l'ensemble de ses équipements la prise en charge des besoins d'un secteur géographique donné à tous les paliers de la prévention, de la détection et du traitement. Plusieurs établissements, constitués en réseau, assurent par la complémentarité de leurs services que l'ensemble des habitants d'une région a accès à la gamme complète des services existants. Les objectifs de la sectorisation sont: l'identification des besoins, de contrecarrer la tendance au rejet des grands malades mentaux au profit de cas plus légers, l'accessibilité et la continuité, la répartition des charges cliniques en fonction des ressources disponibles et l'encouragement d'une meilleure répartition géographique de ces ressources (CSMQ, 1981, p. 83).»

La province est divisée en treize régions psychiatriques. Des coordinateurs régionaux (psychiatres) y sont nommés responsables, en collaboration avec la division du ministère, de l'évaluation des besoins et des ressources, de l'élaboration de programmes de planification et du recrutement du personnel (1969-1976). D'après Boudreau (1984), ce système est demeuré incomplet; il n'était constitué que d'«un réseau informel de quelques psychiatres, après la réforme Castonguay-Nepveu (p. 65)».

La réforme Castonguay-Nepveu (1970), tout en poursuivant les objectifs du rapport Bédard, modifie la route prise par la réforme psychiatrique. D'abord, la santé mentale ne semble plus considérée comme une priorité aux yeux des nouveaux réformateurs-technocrates; elle est perçue comme un programme de santé à gérer parmi d'autres. Le financement des départements de psychiatrie des CH s'intègre, notamment, au budget global de ces établissements, nouveau mode allocatif introduit avec la réforme. Ce mode de financement a amené de l'avis des psychiatres modernistes:

«un sevrage des départements psychiatriques dont le budget n'était pas suffisamment protégé. Après de nombreux abus, le MAS, en 1975, en vient à diviser le budget global en un certain nombre de domaines correspondant à des activités distinctes, dont la psychiatrie. Mais ce n'est pas suffisant: sur ce budget, les directeurs de département n'ont pas vraiment de contrôle et se voient à la remorque de décisions prises par un système organisationnel mal

informé de leurs besoins et plus spécifiquement des besoins de la population à desservir (Lazure, 1977, p. 6, dans Boudreau, 1984, p. 176).»¹

Cette période est également marquée par la montée progressive de la notion de santé mentale qui supplée la notion plus circonscrite de maladie mentale. La notion de santé mentale intègre plusieurs courants. Elle est mise de l'avant par les psychiatres modernistes dans les années 1960, par le biais de la psychiatrie communautaire. Elle relève de l'apport des sciences sociales. Elle est tributaire de l'antipsychiatrie, qui en représente l'une des formes les plus radicales, des courants existentiels californiens, de la psychologie humaniste et du mouvement féministe. L'élargissement de la nosologie des maladies mentales à des phénomènes culturels et sociaux remet en question le monopole de l'organisation des services par les psychiatres: «ils n'étaient plus automatiquement reconnus comme garants légitimes de ce qui avait été leur système de services (Boudreau, 1984, p. 164)». La corrélation entre l'état de santé mentale d'une population et les conditions socio-économiques sera d'ailleurs renforcée dans les années 1980 par les résultats de l'enquête *Santé Québec*.

En 1971, la division des services psychiatriques, nommée Direction générale de la psychiatrie et de l'hygiène mentale à partir de 1969, est abolie. Le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ), à forte présence psychiatrique, est plutôt mis sur pied. Il a pour fonctions d'effectuer des études et de produire des avis pour le ministère concernant cette problématique (notion de santé mentale, efficacité des interventions, santé mentale des enfants, ressources alternatives, expériences étrangères, etc.). Le CSMQ a spécifiquement comme mandat: d'identifier les besoins en santé mentale, d'élaborer des indicateurs de santé mentale, d'évaluer les ressources existantes, d'identifier des objectifs opérationnels dans le cadre d'un plan de développement des services en santé mentale et d'initier des mécanismes de coordination entre secteurs et distributeurs de services tant au niveau local, régional et provincial (CSMQ, 1981). Particulièrement, le CSMQ présente, au début des années 1970, un document intitulé «*L'organisation des services de soins psychiatrique (1972)*», dans lequel les objectifs et les principes de base de la politique du ministère dans le domaine de la santé mentale sont énumérés. Sont ainsi mis de l'avant:

«l'accessibilité des services par l'implantation d'une gamme variée de services; la qualité des services; la continuité des services; la coordination entre agents de soins; le maintien et la réintégration du malade à son milieu; un support à la famille; la nécessité d'évaluer les besoins et les ressources disponibles, de déterminer les types d'intervention et les ressources manquantes nécessaires et de définir les services et les ressources; l'évaluation en termes de quantité, qualité et d'efficacité; l'adéquation des services entre régions grâce à des ententes et à une collaboration interrégionales; l'organisation de services de santé mentale dans les CLSC

¹D'après Turgeon et Anctil (1994, p. 86), le MSSS aurait quelque peu remédié à cet aspect en introduisant pour la psychiatrie le principe du budget protégé. Un établissement ne pouvait pas dès lors diminuer la part relative de son budget qui était affectée à ce secteur.

en collaboration avec les hôpitaux; la coordination régionale de services de soins psychiatriques assurée par des coordonnateurs de la santé mentale et adjoints; au niveau des zones, la coordination de services offrant des programmes intégrés de soins spécialisés assurée par les centres hospitaliers (CSMQ, 1981, pp. 72-73).»

Vers le milieu des années 1970, le CSMQ lance l'idée d'une politique de régionalisation des services psychiatriques. Dans cette logique, «les conseils régionaux devraient assumer le mandat de répartir les bassins de population et d'assigner la responsabilité de leurs soins entre les différents établissements qui relèvent de leur compétence (CSMQ, 1981, p. 26)». Il est aussi proposé que le CSMQ «prenne du recul par rapport aux problèmes psychiatriques pour réorienter ses énergies à l'intérieur d'une véritable préoccupation de santé mentale (CSMQ, 1981, p. 36)».

Le débat entourant la question de l'organisation des services psychiatriques est remis sur la sellette en 1976 par la nouvelle équipe au pouvoir (le Parti québécois). Afin de mieux intégrer et décentraliser les services, des commissions administratives régionales (CAR, plus tard nommées commissions de la santé mentale) pour les services psychiatriques de courte et de longue durée sont mises en place dans la majorité des régions sociosanitaires. Les CAR sont supposées «subordonner, sans la nier, l'autonomie des établissements à la rationalité du développement et du fonctionnement des services de santé et des services sociaux en regard des besoins d'une population régionale; elles permettent, en plus, d'associer les représentants des établissements et la population dans l'accomplissement des responsabilités (*Le Réseau*, vol. 10, no. 2, p. 9)». Le mandat des commissions psychiatriques est plus particulièrement de:

«1) voir à ce que des services psychiatriques à court et long termes soient assurés dans leur région; 2) préciser la responsabilité de chaque établissement concernant les services à assurer à la population d'une zone ou d'un secteur sur une base territoriale; 3) définir des relations de complémentarité entre les divers établissements oeuvrant sur le territoire dans le domaine de la santé mentale; 4) proposer s'il y a lieu, des modalités de réallocation des ressources pour assurer une plus grande équité dans la distribution des soins sur une base régionale, et 5) répartir s'il y a lieu, l'enveloppe régionale de développement fixée par le ministère dans le domaine de la santé mentale (cabinet du sous-ministre, 28 mars 1977; dans Boudreau, 1984, p. 199).»

Parallèlement aux CAR, le ministère crée un comité provincial de la psychiatrie où siègent une majorité de psychiatres qui ont comme mandat principal «d'assurer la complémentarité et la coordination interrégionale et d'agir en tant que conseillers auprès du ministre sur les besoins, les priorités et les ressources dans le domaine et sur les litiges entre les commissions administratives régionales et les CRSSS (Boudreau, 1984, p. 200)». La mise sur pied de ce comité provincial ne se fait pas sans récrimination. Pour certains, c'est la mise en tutelle des intervenants en santé mentale par les psychiatres et, pour d'autres, le déni d'une vraie politique de décentralisation. L'arrimage des niveaux national et régional n'est pas facile: «certaines commissions administratives, devant les

échecs constants, abandonnent la partie» concluent les rédacteurs du dossier de santé mentale pour la commission Rochon (p. 70). Dès 1979, ce comité provincial est remplacé par le service des programmes en santé mentale dont le mandat semble peu différent.

2.2.2.2. Des années 1980 à aujourd'hui

La conjoncture du début des années 1980 (crise économique, montée de l'idéologie néo-libérale, du mouvement individualiste, des philosophies du nouvel âge, etc.) renforce les nouvelles tendances et pratiques amorcées par l'avènement de la notion de santé mentale et elle conduit à l'annonce de la mise en branle de travaux préparatoires à une politique québécoise de la santé mentale. En particulier, pour White (1993), l'année 1982 en est une charnière. Elle marque le début du processus de réforme, puisque pour la première fois, est nommée à la tête des services de santé mentale au MAS, une jeune gestionnaire, ni médecin, ni psychiatre et personnellement engagée dans le mouvement communautaire. Sa nomination donne l'occasion de promouvoir des changements avec l'appui du ministère. Par exemple, la directrice intérimaire (1982-1985) a réussi, en dépit des mesures d'austérité financière, à obtenir des fonds pour le déploiement d'un certain nombre de ressources alternatives. En fait, c'est «that begins the process of officially recognizing and legitimating alternative mental health organization (White et Mercier, 1991, p. 9)».

Singulièrement, un projet pilote est mis sur pied à Montréal durant cette période, qui confirme l'importance des ressources communautaires, de la notion de santé mentale et de la diversification des services dans l'organisation du système. La décentralisation, la démocratisation et la coordination des services sont également des thèmes-clés de ce projet. En 1983, le MAS prend, en fait, la décision de couper 1% des budgets des hôpitaux psychiatriques de Montréal pour l'expansion de services communautaires¹, ce qui représente un fonds indexable de 2.2 millions de dollars. Traditionnellement, l'argent était donné directement aux établissements de santé, mais le CRSSS, sur recommandation de la Commission des services psychiatriques et suivant un plan de développement des services de réadaptation/réintégration sociales et de maintien dans la communauté des malades psychiatriques, adopte une politique de gestion qui diffère sensiblement des tactiques précédentes. Un comité avisier, composé de représentants d'établissements, du CSS et des organismes communautaires, est mis sur pied pour chacune des cinq sous-régions de Montréal. Ce comité est responsable de l'élaboration de la gamme de services à implanter avec l'argent dégagé. Un centre hospitalier, nommé dans chacune des sous-régions, demeure

¹A cette époque, les organismes communautaires en santé mentale ne sont pas toujours officiellement différenciés des ressources intermédiaires. Ces dernières sont sous la responsabilité d'un hôpital ou d'un CSS. La notion de services communautaires fait aussi référence à des services donnés au sein de la communauté, qui peuvent relever de plusieurs types d'établissements (voir les sections 5.1 et 5.4.4).

néanmoins fiduciaire de l'enveloppe budgétaire. Pour veiller à ce que les services dans les sous-régions ne souffrent pas de dédoublement ou de chevauchement, cinq coordonnateurs sont aussi engagés. L'encadrement administratif est donné par le CSS ou par le CRSSS (CESSSS, *Dossier santé mentale*). Malgré que cette expérience soit une première et que ses buts soient de diversifier les services en santé mentale et de consolider les services communautaires, «ultimately, 99% of the 2.2 million dollars designated for the development of community resources went to consolidate or create transitional structures with close ties to the hospitals (White et Mercier, 1991, p. 13)».

La diversification des services est aussi encouragée en 1986 par l'injection de fonds provinciaux pour la création de centres de crise en santé mentale. Les objectifs poursuivis par les centres de crise, qui devaient fonctionner à tire d'organismes sans but lucratif, étaient de réduire la pression que subissaient les salles d'urgence des hôpitaux généraux dans les régions où leur engorgement était devenu une préoccupation publique. Les régions de Montréal et de la Montérégie ont notamment reçu des fonds. À cette époque, l'éclosion des ressources communautaires et alternatives en santé mentale, donc de la diversification des services, est aussi facilitée par le vacuum laissé par la psychiatrie communautaire. Le projet communautaire est jugé n'avoir pas rempli ses objectifs. «Ce désenchantement tient autant au manque de présence des professionnels de la santé mentale dans la communauté qu'à la tendance actuelle à «remédicaliser» la psychiatrie.»¹ Les statistiques appuient d'ailleurs ce constat: dans le milieu des années 1970, 75% des admissions en psychiatrie sont, en fait, des cas de réadmissions. C'est le syndrome de la porte tournante (Dorvil, 1992). L'organisation des services de santé mentale, en plus d'être critiquée par les ressources communautaires et alternatives, est aussi remise en question par les nouveaux professionnels de la santé qui dénoncent le monopole des psychiatres: «comme s'il n'y avait que les psychiatres lance un groupe de travailleurs du centre psychiatrique communautaire de l'hôpital Jean-Talon (*Le Soleil*, 11 février 1981, dans Boudreau)». Faisant fi des critiques, la psychiatrie communautaire consolide son réseau de ressources intermédiaires durant cette même période: le réseau des familles d'accueil et des appartements supervisés se développe. Cette politique s'avère d'ailleurs économiquement rentable: «le prix par jour est de 280 \$ à l'hôpital psychiatrique, comparativement à 16,10 \$ en famille d'accueil (Dorvil, 1988, p. 22)».

L'implantation d'une psychiatrie communautaire implique aussi la désinstitutionnalisation, avec la mise en place dans la communauté de services de support adéquats.² Bien que le processus de désinstitutionnalisation soit enclenché et que les hôpitaux psychiatriques aient diminué leurs

¹CSSSM, *Les ressources alternatives en santé mentale dans la Montérégie*, 1985, p. 3.

²«La désinstitutionnalisation est un mythe: 30% à 40% des personnes sans domicile fixe sont des ex-usagers du réseau psychiatrique». RRASMQ, *Bilan de la Politique de santé mentale et perspectives*, octobre 1994, p. 23.

clientèles de plus de la moitié entre les années 1960-1990, il est admis que 15% des gens hébergés seraient aptes à vivre une existence autonome seuls ou dans leur famille et que le tiers serait en mesure de vivre dans la communauté si on leur fournissait de l'aide et de l'encadrement (*PSM*, 1989). À la fin des années 1980, les centres hospitaliers psychiatriques reçoivent, par ailleurs, encore la majorité du budget octroyé à la santé mentale: 70,5% de ce portefeuille leur étant accordés (Pomerleau, PRASM, p. 47). Du budget général alloué aux CH pour la santé mentale, les 14 hôpitaux psychiatriques se partagent 65% du financement et les 62 hôpitaux généraux possédant des départements de psychiatrie, 35% des subsides (statistiques pour l'année 1984-85).

Dans les années 1980, l'atmosphère est donc propice à l'émergence d'une restructuration de l'organisation des services de santé mentale. La plupart des experts rencontrés perçoivent que l'absence d'une politique en santé mentale est une lacune lourde de conséquences. Des changements substantiels ont certes été mis de l'avant depuis les années 1960, mais depuis lors, aucune prise de position officielle, unifiée de la part du ministère concernant les objectifs généraux en ce domaine et considérant l'évolution de la notion de santé mentale n'a été effectuée (CESSSS, *Dossier santé mentale*). La conjoncture politico-économique des années 1980 invite à un tel positionnement. Les différentes études¹ et enquêtes² élaborées jusqu'alors démontrent aussi un certain consensus vis-à-vis les failles du système et les pistes à mettre de l'avant depuis les années 1960-1970. Comme Corin et ses collaborateurs (1990) l'ont pertinemment souligné, la *PSM* est déjà à toute fin pratique planifiée dès 1985. Elle est issue de deux documents intraministériels de 1985, *La santé mentale. Pour une réflexion sur la santé mentale. À nous de décider* et *Proposition d'un plan d'action*, et des cinq avis du CSMQ dont l'*Avis sur la notion de santé mentale*. Notons, entre autres, le document *La santé mentale - Direction de l'an 2000* du CSMQ (1985) qui trace un portrait bien d'actualité des problèmes diagnostiqués et des pistes d'intervention qui seront quelques années plus tard mis de l'avant par la *PSM*. Il y est ainsi mentionné que:

«d'après l'opinion d'intervenants d'établissements et des ressources alternatives en santé mentale consultés, trois aspects du système actuel méritent d'être corrigés: 1) le professionnalisme excessif de la santé mentale au détriment de l'implication de la population; 2) un réseau d'établissements plutôt qu'un réseau de services axés sur les besoins des usagers; 3) la concentration excessive des services dans le secteur psychiatrique hospitalier, la pratique hospitalocentriste n'étant pourtant la pierre angulaire de la distribution des services, mais plutôt un élément parmi un ensemble d'agents distributeurs de services. On relève aussi

¹ Les études en question sont surtout réalisées par le CSMQ. Soulignons aussi le colloque tenu par la Fédération des CLSC en 1984 sur le partage d'expérience en santé mentale; celui tenu en 1988 sur le thème «À la fonction du psychiatrique et du communautaire»; le *rapport Brunet* (1987) sur l'avenir des CLSC dans lequel la santé mentale figure parmi les principaux programmes à développer; la tenue d'une sous-commission parlementaire sur la réinsertion sociale des malades et déficients mentaux (1985) dans laquelle plus de 40 organismes ont déposé des mémoires dont plusieurs groupes communautaires, syndicats, corporations professionnelles et établissements et les deux documents produits par le groupe de travail pour l'élaboration d'une Politique (1984).

² En particulier, en 1983, le CSMQ procède à une vaste consultation publique sur quatre thèmes, afin de recueillir les informations susceptibles de l'aider à réaliser les avis qu'il devait fournir en santé mentale. Les principaux besoins de la population en matière de santé mentale constituaient un des thèmes de cette consultation. Notons, par ailleurs, l'enquête *Santé Québec* qui consacre un volet à la santé mentale et l'enquête *Spitzer* (1985) sur les salles d'urgence de Montréal.

l'accessibilité difficile aux professionnels autres que médecins dans les CH et la sectorisation des services administrative plutôt que communautaire. (...) Depuis le début des années 60, plusieurs rapports ont été acheminés au MSSS à propos de la situation de la santé mentale au Québec. Les principaux problèmes relevés sont: 1) la répartition inégale des ressources matérielles et humaines; 2) l'insuffisance ou l'absence d'alternative à l'hospitalisation; 3) l'insuffisance des programmes de prévention; 4) le manque de concertation entre les divers intervenants du réseau; 5) les préjugés à l'égard des malades mentaux, des maladies mentales et des établissements psychiatriques; 6) l'occupation des hôpitaux psychiatriques par des catégories de personnes ne nécessitant pas d'hospitalisation continue (ex.: les déficients mentaux et certaines personnes âgées); 7) la lourdeur des hôpitaux psychiatriques; 8) la formation inadéquate des omnipraticiens, qui sont responsables d'une bonne part des soins de première ligne en santé mentale, pour une intervention psychiatrique et psychosociale [environ 50% des actes]. (...) Concernant plus spécifiquement les ressources alternatives, elles répondent effectivement à des besoins; mais au Québec, elles n'ont pas de reconnaissance officielle; leurs modes de financement non seulement ne facilitent pas leur développement, mais ils compromettent souvent leur existence. Est ainsi recommandé que leur soit donné un financement adéquat et qu'elles collaborent et participent à l'actualisation des priorités d'action en santé mentale. (...) Jusqu'à récemment, également, aucun programme de prévention du suicide n'existait pour l'ensemble du Québec, de même qu'aucun réseau coordonné de services. Une planification appropriée en santé mentale doit aussi considérer: la participation de la personne, la participation de la communauté et le support de l'État. Enfin, les actions prioritaires devraient être: l'information, l'intervention de crise et les programmes de maintien en milieu naturel. (...) La continuité des soins est mise de l'avant notamment par l'intermédiaire des PSI (pp. 10-11)».

La *PSM* (1989) s'inspire significativement du projet des psychiatres modernistes des années 1960 et du document «*L'organisation des services de soins psychiatrique* (1972 - étudié précédemment -)». Les projets de décentralisation et l'émergence de la notion de santé mentale et de nouveaux acteurs (professionnels de la santé autres que médecins et groupes communautaires et alternatifs) modèlent enfin, au tournant des années 1970-1980, les contours que prend la *PSM*. Par ailleurs, le discours sur l'organisation de la santé mentale s'intègre dans celui plus général de la remise en question de l'organisation du système de santé et des services sociaux. L'organisation des services de santé mentale, tout en faisant l'objet d'un comité spécifique d'étude (comité Harnois), s'inscrit dans les problématiques à l'étude de la commission Rochon. La *PSM* publiée en 1989 sert ainsi en quelque sorte d'expérience pilote pour la réforme du système sociosanitaire, «cas test» préluant à des changements substantiels pour les autres secteurs de la santé (entrevue avec Marc-Yvan Côté, dans Dorvil et Gagné, 1992). L'expérience de régionalisation déjà acquise dans ce secteur donnait des fondements plus solides à l'amorce d'une politique dans ce domaine plutôt qu'en tout autre.

Les conclusions du rapport Harnois, étude commandée pour l'élaboration de la *PSM*, avancent les pistes mises de l'avant par la *PSM*. En effet, cette dernière suivant le rapport Harnois et de nombreux documents antérieurs, 1) soulève les problèmes prioritaires; 2) détermine un cadre pour l'action; 3) précise les moyens d'action dont le PROS et le plan de services individualisés (PSI). La *PSM* s'appuie sur l'approche biopsychosociale de la notion de santé mentale dont le volet psychodéveloppemental (aspects affectif, cognitif et relationnel) est le plus important. Elle se propose principalement: a) d'assurer la primauté de la personne dans l'organisation des services; b)

de cibler les solutions dans le milieu de vie des personnes en reconnaissant leur potentiel et leur droit et en privilégiant les interventions les plus légères possibles; c) d'accroître l'humanisation, l'accessibilité et la continuité des services; d) d'atteindre l'équité (régionale et par niveaux de services) dans l'implantation d'une gamme essentielle de services; e) de consolider le partenariat en reconnaissant le potentiel de chacun des partenaires, en mettant de l'avant des rapports ouverts entre ceux-ci et en adoptant des objectifs communs; f) d'implanter une plus grande démocratisation du processus décisionnel et consultatif; g) de mieux reconnaître les ressources communautaires et l'action intersectorielle; h) de décentraliser la gestion des services; i) de développer des ressources psychosociales, principalement dans les services de base offerts par les établissements et les organismes communautaires et j) de poursuivre la désinstitutionnalisation en encourageant les hôpitaux psychiatriques à réaliser un plan de désinstitutionnalisation et des PSI pour les clientèles en coordination avec les objectifs des PROS.SM (PSM, 1989).

2.2.2.3. Principales critiques à l'endroit de la *Politique de santé mentale*

Dans le processus de réforme des services sociosanitaires, qui a lieu d'une façon parallèle et postérieure, la *PSM* n'est nullement remise en question. Dans une entrevue avec le ministre Marc-Yvan Côté en 1992, ce dernier affirme ainsi: «La *Politique de santé mentale* a été rédigée à l'époque en collaboration avec bien du monde et quand on a abordé la réforme, on n'y a même pas touché. C'était tellement frais! (...) Au contraire, on s'en inspire pour l'appliquer dans d'autres domaines (dans Dorvil et Gagné, 1992, p. 10)». La *PSM* a néanmoins fait l'objet de nombre de critiques. Soulignons en particulier les propos de Corin et de ses collaborateurs (1990) qui affirment qu'un des points les plus importants négligés autant par la comité Harnois que par la commission Rochon est le fait qu'ils «ocultent quasiment complètement tout le champ institutionnel en ignorant les intervenants et intervenantes. La *PSM* en faisant écho au projet du comité Harnois a réduit sa section sur les intervenants à une portion congrue (p. 36)». Cependant, cette situation relève aussi du désintérêt des intervenants vis-à-vis la réforme du système sociosanitaire (voir les citations en exergue). La participation des professionnels de la santé (particulièrement des psychiatres) est perçue d'autant plus importante que dans d'autres pays, le succès des réformes y est en grande partie attribuable (Bozzini, 1986; Corin *et al.*, 1986):

«Au cours des consultations publiques organisées par la commission Rochon et le comité Harnois, les intervenants des secteurs de la santé et des services sociaux et plus spécialement ceux travaillant en santé mentale ne se sont pratiquement pas fait entendre; leurs corporations professionnelles, leurs syndicats et les regroupements de services se sont prononcés à leur place en dénonçant unanimement les problèmes de définition des tâches, le manque de personnel et la gestion inadéquate qui concourent à détruire la qualité des services dans les établissements du réseau. Les rares fois où les intervenants ont eux-mêmes pris la parole, ce fut pour dénoncer l'absurdité de certaines situations qui créent chez eux démotivation, morosité et désenchantement: les longues listes d'attente et les modes de

gestion ne leur permettraient pas de trouver le temps de réfléchir à leur pratique clinique, etc. (Corin *et al.*, 1990, p. 35).»

«Les psychiatres sont peu loquaces et restent sur leurs gardes devant les changements, selon eux, trop rapides et ne s'impliquent pas dans les nouveaux projets. (...) Il sera difficile de mener à bien les réformes en cours sans que les psychiatres ne s'en mêlent. Or, à l'heure actuelle, ils ont tendance à se retirer de tous les processus de concertation.»¹

Pour Corin et ses collaborateurs (1990), la *PSM* est ainsi rédigée en raison du «credo gestionnaire, lequel consiste à croire que des changements dans les modalités administratives vont nécessairement enclencher des transformations dans les philosophies de pratique, réorienter les interventions et générer dans les institutions les conditions propices à des réaménagements structurels. (...) Il y a donc eu négligence d'ouvrir le dossier des philosophies d'intervention et de susciter chez les intervenants une remise en question radicale de leurs pratiques et d'eux-mêmes (p. 36)». La *PSM*, qui reconnaît l'importance des ressources communautaires, omet également de les qualifier d'alternatives. Pour Lamoureux (1994), cette lacune «conduit d'abord à prendre en considération leur «ailleurs» et non leur «autrement», à les positionner comme des fournisseurs de services concentrés dans la communauté et non comme des expérimentations d'autonomisation, d'actions collectives issues de la prise en charge des milieux par eux-mêmes (p. 100)». La *PSM* ne les reconnaît d'ailleurs pas, non plus, comme dépositaires de services spécialisés, alternatives à la psychiatrie. Le partenariat, point central de la réforme, leur semble plutôt se transposer en «complémentarité», car les acteurs institutionnels et communautaires/alternatifs ne sont pas de force égale et n'ont pas droit au même traitement. Enfin, même si la *PSM* s'accompagne d'un budget de 32 millions de dollars en plus d'insister sur un processus réallocatif d'équité interrégionale, «en comparaison avec la période qui a précédé l'adoption de la politique, la proportion des investissements est si minime que la possibilité de corriger les effets des inégalités antérieures est presque nulle, selon toutes les prévisions raisonnables d'investissements dans l'avenir (White *et al.*, 1994, p. 32)».

La *PSM* tend donc à modifier le système de santé mentale dans un sens plus sociocommunautaire et en partenariat avec les forces du milieu, malgré les lacunes qui semblent accompagner la réforme. L'inscription de cette transformation de l'organisation et de la distribution des services de santé mentale s'effectue principalement au niveau régional, via la mise en oeuvre des PROS par les RRSSS en collaboration avec les organisations des réseaux de santé mentale. En ce sens, les PROS.SM constituent la pierre angulaire de la restructuration des services de santé mentale en région. Le sous-chapitre suivant est consacré à la régionalisation, car elle est considérée encadrer le pouvoir structurant des PROS.SM.

¹Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Dossier santé mentale, 1986, p. 61.

2.3. La régionalisation des services de santé mentale

En Montérégie, comme pour les autres régions sociosanitaires, l'évolution de la régionalisation des services sociosanitaires est circonscrite par la politique québécoise en matière de décentralisation et la mouvance sociale appuyant ou non ce processus. Comme le gouvernement provincial se consolide lors de la Révolution tranquille, devenant État-providence et État-nation, les années 1960 sont plutôt caractérisées par une centralisation du pouvoir au niveau provincial. Les premières tendances à la décentralisation apparaissent au tournant des années 1960-1970. Dans le domaine sociosanitaire, les CRSSS sont notamment implantés. Celui de la région sud de Montréal (Montérégie: 1980) est ainsi créé le 6 décembre 1972. En 1977, est implanté l'un des principaux instruments de l'action des CRSSS en ce domaine: les comités administratifs régionaux (CAR). *L'Arrêté en conseil 3179-79* (1979) renforce ce processus de régionalisation pour certains programmes, dont la santé mentale. D'après Turgeon (1989), «il appert néanmoins que pour la période 1982-1987, l'importance relative des mandats des CRSSS est généralement moindre que pour la période 1977-1981 (p. 236)». D'une façon générale, les décennies 1970-1980 sont marquées par la subordination des activités des CRSSS au ministère. En 1978 est notamment créé la Direction générale des programmes de santé du ministère qui souligne dans son rapport annuel de 1978-1979 qu'elle doit «assurer la liaison, la coordination et le fonctionnement efficace du réseau de distribution des services à l'égard des programmes de santé. On peut se demander quels rôles peuvent bien jouer, alors, les CRSSS!» affirment Turgeon et Ancil (1994, p. 82). Pour Bégin (1989) «la centralisation accrue vers le Conseil du trésor, la structure même du budget et les procédures mises en place pour en assurer la préparation, le suivi et le contrôle contredisent les efforts de décentralisation administrative tentés en parallèle (pp. 149-150)». S'ensuit une période de remise en question des structures régionales qui s'intègre dans les réflexions de la commission Rochon. La régionalisation des services sera alors renforcée.

Pour tracer les contours du processus de régionalisation des services de santé mentale, particulièrement pour la région de la Montérégie, deux phases du processus de régionalisation sont présentées: «l'implantation du processus de régionalisation de l'organisation des services de santé mentale: CRSSSM (1977-1989)» et «la consolidation de la régionalisation des services de santé mentale (1989 à 1996)». La régionalisation recouvre ici deux modalités. D'une part, elle fait référence au pouvoir des paliers provincial versus régional d'organiser les services de santé et, d'autre part, à la délégation de pouvoir du niveau régional au niveau local ou sous-régional. Seule cette première modalité est étudiée pour la deuxième période couverte par l'étude (la

décentralisation du niveau régional est examinée aux chapitres 4 et 5). La régionalisation englobe les démarches de décentralisation¹, de déconcentration² et de relocalisation³. Comme la régionalisation des services de santé mentale en Montérégie s'inscrit, par ailleurs, dans un mouvement plus général de régionalisation des structures du CRSSSM, cette mouvance globale est considérée selon sa pertinence pour ces services plus particuliers. Seules les structures externes du CRSSSM, c'est-à-dire ses structures de concertation, sont néanmoins traitées.

2.3.1. Période d'implantation du processus de régionalisation de l'organisation des services de santé mentale: CRSSSM (1977-1989)

Le processus de régionalisation de l'organisation des services de santé mentale est mis de l'avant surtout lors de l'implantation des commissions administratives régionales (CAR: 1977) en psychiatrie de courte et de longue durée. Rappelons brièvement leurs mandats: responsabilités pour l'organisation de la mise en commun des services et du partage des ressources attribuées sur une base régionale entre les établissements d'une région (Turgeon, 1989; voir la section 2.2.2.1). Ces commissions ont un pouvoir consultatif auprès des CRSSS, seuls imputables via-à-vis le ministère. En Montérégie, sept membres y siègent en 1977 dont deux hors du réseau hospitalier: un délégué du CSS et un du CRSSS. Ce dernier n'a toutefois pas le droit de vote aux assemblées. Deux ans plus tard, le ministère, par l'*Arrêté en conseil 3179-79*, définit davantage les fonctions et les pouvoirs des CRSSS en matière d'organisation des services de santé mentale et il élargit la responsabilité des CAR aux services de santé mentale d'une façon générale (et non seulement pour les services psychiatriques). Par ce décret, les responsabilités de planification, de coordination, de financement, de contrôle et d'évaluation des services de santé mentale des CRSSS sont confirmées. Par ailleurs, ces derniers doivent s'assurer du développement de la complémentarité des services des différentes organisations exerçant dans ce secteur sur leur territoire (*POS.SMM*, 1983). D'après un gestionnaire de la RRSSSM, les instances régionales auraient dès lors pu jouer le rôle qui leur sera octroyé à partir du tournant de la décennie suivante (voir la citation en exergue). Bien qu'il y ait eu ce décret, le ministère aurait continué à gérer la santé

¹Partant d'un modèle légaliste, Bozzini et Bourgault (1992) identifient quatre critères pour qualifier la forme structurelle de la régionalisation: la personnalité juridique, le contrôle des élus par les membres, l'exclusivité du champ de compétence et l'autofinancement. Mettant de l'avant un modèle de type politique, Turgeon (1993) relève des critères plutôt relatifs à trois types de pouvoir - les pouvoirs de pression (1), de coordination (2) et de commandement (3) - et à cinq niveaux: à l'information circulante non-finalisante (1), aux mandats reliés aux ressources humaines et matérielles non monétaires (2), aux mandats relatifs aux ressources monétaires - détermination et répartition des budgets - (3), aux mandats relatifs aux entités corporatives - création, abolition, fusion et mise en tutelle d'établissements - (4) et aux mandats portant sur les orientations et la nature du système sociosanitaire ou de l'une de ses composantes (5). Plus une instance régionale contrôle de types de pouvoirs à différents niveaux, plus la régionalisation est décentralisée, d'autant plus si elle contrôle les niveaux et les pouvoirs considérés comme les plus importants. L'importance des pouvoirs et des niveaux est mentionnée par ordre croissant entre les parenthèses.

²La déconcentration consiste essentiellement en la dispersion géographique ou fonctionnelle d'agents administratifs relevant de l'organisme central. Particulièrement, la déconcentration rencontre les conditions suivantes: 1) un organisme déconcentré et central constitue une seule et même personne juridique; 2) l'organisme déconcentré n'a pas de pouvoir réglementaire ou fiscal; 3) ses titulaires ne sont pas nommés ou élus mais simplement recrutés; 4) il y a une délégation des pouvoirs administratifs de la part de l'organisme central, mais en aucun cas une délégation des responsabilités correspondantes et 5) toute la gestion est assurée par le pouvoir central (Turgeon, 1983 et 1993).

³La relocalisation désigne une forme de décentralisation axée sur les localités: MRC ou sous-régions.

mentale d'une façon fort centralisée. À la fin de la décennie 1970, d'autres secteurs font aussi l'objet de politique de régionalisation. Le CRSSSM est responsable de la planification, de la programmation, du financement, du contrôle et de l'évaluation 1) des services de réadaptation physique et mentale, 2) des services relevant des CLSC (incluant la prévention), 3) des services à domicile, 4) des services de transport des malades et des blessés, 5) du perfectionnement des cadres des établissements de la région et 6) de la formation des membres et des permanents des organismes bénévoles (CRSSSM, *Plan directeur 82-83*).

«J'ai toujours conservé l'*Arrêté en conseil 3179-79* dans mes tiroirs, parce que j'ai tellement eu de discussion avec mes pairs à ce sujet-là. Je leur disais: c'est nous qui en avons la responsabilité; on n'a pas de recommandation à faire au ministère. Le budget vous devriez nous l'envoyer. C'est à nous de faire la répartition, parce que c'est clairement dit comme tel. Alors pourquoi cela ne s'est pas fait? C'était dans la pratique. Le décret a été passé. Là, le ministère nous disait: vous avez tant de budget en santé mentale, dites-nous comment vous voulez le répartir. On passait alors une résolution au conseil d'administration. Nous, on faisait une répartition et on envoyait cela à Québec. Québec considérait cette planification comme une recommandation (un gestionnaire de la RRSSSM).»

Pour la Montérégie, ces orientations ministérielles venaient entériner le processus de décentralisation déjà enclenché dans la phase 1 du *Plan d'administration régional* (mars 1979). Ce dernier proposait, en effet, de «mettre en place des mécanismes visant à impliquer le plus efficacement et le plus étroitement possible les associés régionaux dans toutes les étapes de l'administration régionale, donc aussi bien au niveau de la planification que de la programmation et de la gestion des services et des programmes». ¹ La politique ministérielle reconduit néanmoins certaines prises de position du CRSSSM: «les commissions qui devaient être décisionnelles sont désormais consultatives et les membres des commissions qui devaient être nommés par les établissements concernés sont plutôt nommés par le conseil, mais cette nomination est précédée d'une consultation obligatoire auprès des établissements concernés». ² *Le plan d'administration régional* avait été entériné par une consultation régionale portant sur les responsabilités et l'engagement qu'étaient prêts à prendre les établissements du réseau en cette matière. À partir du tournant des années 1970-1980, l'organisation des services de santé mentale en Montérégie est marquée par une continuité des orientations. *Le plan d'orientation quinquennal 1981-1986* et ceux qui suivent insistent sur: «la complémentarité, la continuité, l'humanisation, le maintien de la personne dans son milieu de vie, la qualité des soins et des services, la notion de réseau intégré, efficace et efficient, le développement de la prévention et de la promotion et des ressources alternatives et l'équilibre entre les sous-régions sur le plan des ressources et des services (*Plan*

¹ *Allocution de M. Georges Dupras*, président du conseil d'administration du CRSSS de la région Sud de Montréal à l'occasion du 5^e colloque régional du CRSSS, les 29 février et 1^{er} mars 1980.

² *Ibid.*

stratégique de transformation, 1995)». L'approche communautaire est aussi promue et un «leadership» régional appuyé «massivement par les intervenants/es du réseau» pour la constitution «d'un système sociosanitaire original et flexible» (CRSSSM, *Orientations 1987-1992*, p. 27).

Dans cette mouvance d'articulation d'un réseau régional de services sociosanitaires, les premiers plans d'organisation de services sont rédigés et les structures de concertation du CRSSSM sont reconstituées. Afin d'inciter la population du territoire à s'identifier à la région et à ses établissements et d'augmenter la participation des citoyens à l'administration des services sociosanitaires, le conseil de la «Région sud de Montréal» est à partir de 1980 dénommé le CRSSS «de la Montérégie». En santé mentale, le premier plan d'organisation des services est élaboré en 1983 (POS: 1983-1988). Singulièrement, le POS visait l'atteinte de trois objectifs: 1) la création d'un réseau de services articulés en santé mentale, 2) la rationalisation et la complémentarité des ressources et 3) l'implantation de ressources communautaires et alternatives (pour une comparaison entre le POS et le PROS, voir la section 2.4.1). L'implantation de ressources communautaires et alternatives est privilégiée en raison du manque de ressources de la Montérégie et du contexte économique de l'époque.¹ «Dans cette optique, le conseil d'administration du CRSSSM adopte une résolution à l'effet que, conformément au *Décret 3179-79*, le CRSSSM soit l'organisme de planification et de distribution du financement [des organismes communautaires] au moyen d'une enveloppe régionale basée sur une évaluation des services.»² Cette position semble entérinée en partie par le ministère, puisque, d'une part, le rôle de la Montérégie comme «région pilote pour le développement des ressources communautaires et alternatives prioritairement dans les secteurs de la santé mentale, de la jeunesse et des personnes âgées»³ est confirmé et qu'il est résolu, d'autre part, «d'accentuer cette orientation en développant une gestion financière de plus en plus régionalisée».⁴ Le financement des organismes communautaires ne leur est finalement octroyé que récemment (transfert des budgets du SOC et de la Direction de la santé mentale aux RRSSS). Le CRSSSM n'effectuait à cette époque que: «la répartition de l'enveloppe budgétaire et envoyait cela à Québec (un gestionnaire de la RRSSSM interrogé à ce propos)». Cette orientation «communautaire privilégie une stratégie nouvelle permettant le développement d'un réseau

¹ Particulièrement, il y a un manque chronique de psychiatres en Montérégie. Seulement une trentaine de psychiatres sont en poste pour la région, surtout concentrés dans la sous-région de Longueuil. Selon les normes ministérielles, il devrait y avoir une centaine de psychiatres sur le territoire (ce problème n'est pas actuellement résolu). Il y a aussi des lacunes en ressources hospitalières. Selon les normes ministérielles, il devrait y avoir deux fois plus de lits psychiatriques de courte, moyenne et longue durée. Les projets de construction des centres hospitaliers Pierre Boucher, Valleyfield et Châteauguay sont donc mis de l'avant. On fait aussi jouer temporairement aux CH Honoré Mercier (St-Hyacinthe) et Hôtel-Dieu de Sorel un rôle régional dans le secteur des soins prolongés (ces sous-régions sont présentement visées par des projets de désinstitutionnalisation). Neuf CLSC sont encore à mettre sur pied pour parfaire le réseau de la région. On note enfin que les programmes de première ligne dans les CLSC sont peu développés (c'est encore le cas aujourd'hui) et que les ressources alternatives sont à l'état embryonnaire (les ressources alternatives en santé mentale en Montérégie se développent davantage à la fin des années 1980). CRSSSM, *Dossier synthèse de la situation de la Montérégie*, présenté au ministre P.M. Johnson, le 20 août 1981.

² CRSSSM, *Les ressources alternatives en santé mentale dans la Montérégie*, 1985, p. 8.

³ Discours de Pierre-Marc Johnson, non daté.

⁴ *Allocution du sous-ministre des affaires sociales, M. Jean-Claude Deschênes*, lors du colloque de l'association des hôpitaux du Québec, «De l'espoir à la réalité», 14 mars 1985, p. 7 et p. 10.

efficace, intégré et moins coûteux que la stratégie traditionnelle»¹. En 1986, les organismes communautaires en santé mentale sont aussi consolidés par les mesures de désengorgement des urgences. Ces fonds de développement ont notamment permis l'implantation de centres de crise et de services d'hébergement temporaire. Ce contexte a contribué à faire du secteur alternatif en santé mentale de la Montérégie l'un des plus développés et organisés du Québec. Par ailleurs, les coupures effectuées en CH et en CLSC en Montérégie ne devaient pas, d'après le ministre (1981), toucher les services de santé mentale ou les services psychosociaux, en raison de la reconnaissance de la pauvreté du programme de santé mentale de la région.

Les structures de concertation du CRSSSM sont dorénavant «basées sur une approche régionale par secteurs de services ou clientèles et sur une approche de réseaux sous-régionaux. L'approche par catégories d'établissements n'est pas retenue; les structures par catégories d'établissements seront laissées aux associations d'établissements. Toutefois le CRSSSM reste ouvert au dialogue avec ces instances sur invitation ad hoc de part ou d'autre (*Plan directeur 82-83*)». La composition de la CAR.SM est aussi modifiée suite au *Plan d'orientation* de 1981 et au POS.SM (1983). En 1983, 19 membres forment le comité dont sept représentent les centres hospitaliers (quatre psychiatres); quatre personnes, les CLSC (n=2) et le CSS (n=2); une personne, les organisations suivantes: la CAR-Jeunesse (mise en place en 1982-1983), la CAR déficience mentale, la CAR troisième âge, les ressources non institutionnelles en réinsertion sociale, les organismes bénévoles en santé mentale, l'association d'ex-patients psychiatisés ou des APAMM, les conseils scolaires et le CRSSSM. La composition de la CAR.SM est modifiée une autre fois en 1985: entre autres, deux membres de ressources alternatives y siègent plutôt qu'un seul. La CAR.SM devient aussi le comité permanent des services de santé mentale. Cette modification donne, d'une part, davantage de flexibilité au CRSSSM, puisque le comité est initié par l'instance régionale et non plus par un règlement-cadre. D'autre part, «les comités n'ont pas de mandats aussi globaux que les commissions, car ils agissent dans des secteurs de services utilisant des ressources de plusieurs catégories d'établissements du réseau et des ressources communautaires afin de desservir leurs clientèles (Procès verbal, CAR.SM, 20 mai 1986)». Cette modification s'intègre, en fait, à l'intérieur d'un vaste mouvement de reconfiguration des structures externes du CRSSSM. En raison notamment de nouveaux mandats dévolus au CRSSSM devenu «une région administrative distincte (*Orientations 87-92*, p. 14)», l'instance régionale révisé ses structures participatives en 1985-1986 devenues trop lourdes. Celles-ci passent de neuf commissions administratives (six en planification-coordination et trois en gestion) à une commission administrative, une commission des approvisionnements en commun et deux commissions de planification-orientation (soit une de santé

¹ Ibid.

et une pour les services sociaux).¹ Sont aussi mis en place: des comités permanents, des comités de gestion² et des tables³ à titre d'instances consultatives du conseil d'administration (*Orientations 87-92*). Cette période est également marquée par une reconduction des regroupements d'établissements qui sont reconnus dans les structures participatives du CRSSSM. Y siègent notamment: les tables des CHCD, des DSC, des CLSC et des CAH/CHLD.

À partir du début des années 1980, la consultation sous-régionale est encouragée. Elle n'est néanmoins pas initiée régionalement, mais plutôt laissée à l'entreprise des dynamiques sous-régionales (2^e citation en exergue). La participation sous-régionale semble, par ailleurs, soulever des réticences, comme un document du CRSSSM en témoigne (3^e citation en exergue). Dès cette période, des répondants du CRSSSM pour l'ensemble des sous-régions sont identifiés. Dans le *Plan directeur* pour 1982-1983, l'articulation de la coordination sous-régionale, devant faire l'objet d'une politique ultérieure du CRSSSM «au fur et à mesure du développement graduel et volontaire de la sous-régionalisation» est notamment précisée:

«un répondant est désigné pour chacune des six sous-régions de la Montérégie; un individu peut être répondant pour plus d'une sous-région; il peut être un cadre ou un professionnel du CRSSSM; ces répondants se rapportent au directeur général et forment une équipe qui se réunit environ six fois par année dont quelques fois avec l'équipe de direction; chaque répondant est l'interlocuteur officiel du CRSSSM auprès de la sous-région dont il est responsable; les répondants sont chargés de faire la liaison entre la sous-région et les permanents du CRSSSM pour les divers dossiers; les répondants doivent assister à toute réunion sous-régionale ou se faire remplacer par un autre permanent concerné par un dossier spécifique (*Plan directeur 82-83*).»

«Idéalement, le CRSSSM devrait aussi encadrer et regrouper des instances sous-régionales. Cependant, compte tenu des dynamismes sous-régionaux variables, compte tenu des différents types de dossiers traités en sous-région, compte tenu que les regroupements sous-régionaux actuels ne sont pas équivalents, compte tenu du peu de ressources du CRSSSM, il ressort que nous devons dans un premier temps nous limiter à soutenir et à encourager l'approche sous-régionale, tout en stimulant son rythme d'évolution, afin de finir par dégager un moment donné une articulation plus organique avec le CRSSSM (*Plan directeur 82-83*).»

«Nous croyons que la composition et les fonctions dévolues aux commissions administratives régionales mettront rapidement en évidence le dédoublement et le chevauchement qui pourraient résulter de l'implantation de tables sous-régionales permanentes constituées en groupes de pression organisés. Nous pensons de plus que le pouvoir politique continuera tout naturellement à s'exprimer via les associations d'établissements. En effet, les intérêts qui mettront en cause les regroupements sous-régionaux seront tellement diversifiés et divergents que ces derniers ne réussiront pas à créer le consensus politique absolument nécessaire à l'expression de leur volonté (Gilbert, CRSSSM, 1979).»

¹ «La commission de la santé et la commission des services sociaux sont chargées de mandats régionaux reliés à la planification, à l'orientation et aux politiques des services de santé et des services sociaux (Procès verbal, CAR.SM, 20 mai 1986).»

² «Les comités de gestion sont des instances consultatives du conseil d'administration chargées d'un mandat régional en matière de gestion de ressources matérielles (*Ibid.*)»

³ «Les tables sont celles des directeurs/trices généraux/ales des établissements par catégorie de services qui se préoccupent de la gestion des établissements, de l'information CSSSM-établissements et de la coordination sectorielle des services (*Ibid.*)»

Les entrevues réalisées en Montérégie confirment d'ailleurs cette articulation historique de la participation sous-régionale:

«Avant l'implantation des TSR (1993), la régie régionale, qui était structurée en sous-régions, délégait un cadre intermédiaire par sous-région. Celui-ci était ainsi invité aux réunions des directeurs généraux des tables d'établissements. Ces tables étaient initiées selon la volonté des directeurs généraux des établissements et n'y étaient convoqués que périodiquement des organismes communautaires, quand une question à l'ordre du jour les concernait. En fait, les structures participatives du CRSSSM de l'époque témoignent de son rôle: mandat consultatif, de soutien auprès des établissements et de représentation auprès du ministère pour faire valoir les besoins de la Montérégie (un gestionnaire de la RRSSSM).»

«Il y avait des tables sous-régionales où l'on retrouvait des directeurs d'établissements, mais pas le communautaire: CH, CLSC, C.A., personnes âgées, réadaptation. C'était surtout des tables qui étaient là pour se donner des services en commun, pour partager des choses: services de payes en commun, de transport en commun... À l'époque, le CRSSSM participait aux rencontres des tables d'une façon systématique, mais on était davantage des invités. La structure avait été mise sur pied, non pas par le CRSSSM, mais par les établissements de chacune des sous-régions. C'est sûr qu'on fonctionnait déjà en sous-régions. Il y en avait neuf à l'époque. Toutes les sous-régions avaient des tables. Il y en avait qui marchaient mieux que d'autres. Il y en avait qui se réunissaient à tous les mois, d'autres une fois par deux ou trois mois. Ils attendaient qu'on aille leur donner de l'information sur ce qui se passait au CRSSSM, sur les programmes, sur les budgets, etc. Par exemple, on nous demandait, concernant des lits à développer, «où cela était rendu?»; «quand est-ce que vous allez faire cela?» On était invité. Les tables relevaient des établissements. Le secrétariat, tout était fait par les établissements. À l'époque, le rôle du CRSSSM était davantage informatif. On y allait; on voyait qu'il y avait des problèmes. On rapportait cela au CRSSSM. Cela nous permettait aussi de discuter avec le ministère. (...) [Elle parle d'un problème particulier survenu dans une sous-région en 1985.] Alors, on avait demandé à la table de nous faire une proposition pour répartir cet argent-là. Cela a été parmi les premières demandes qui venaient du CRSSSM. «On a un problème; on voudrait vous en parler; qu'est-ce que vous nous suggérez de faire?» Cela a commencé à peu près à cette époque. Après cela, il y a eu une baisse dans la fréquence des réunions; elles étaient très irrégulières. Il y avait des sous-régions qui se réunissaient, d'autres pas du tout ou à peu près pas (un deuxième gestionnaire de la RRSSSM).»

En matière de structuration de la consultation sous-régionale, le secteur de la santé mentale fait figure de précurseur. D'une façon générale, la gestion des services de santé mentale est nettement plus décentralisée que pour les autres programmes (*Services de santé mentale au Canada*, 1990). À partir de 1986, les premiers comités sous-régionaux en santé mentale de la Montérégie, réunissant les principaux organismes et établissements oeuvrant dans ce secteur, sont implantés dans les territoires de Longueuil, de Valleyfield, de St-Jean, de St-Hyacinthe, de Granby/Cowansville et de Sorel. Ces comités avaient pour but de «définir et d'opérationnaliser la collaboration sous-régionale entre les différentes ressources en santé mentale et d'identifier les priorités sous-régionales». ¹ Les tables sous-régionales de l'époque, des tables d'établissements de directeurs généraux pour la plupart, ne permettant pas d'identifier des interlocuteurs ayant une

¹ Comité régional inter-DSC en santé mentale (DSC du Haut-Richelieu, de Valleyfield, d'Honoré Mercier et de Charles LeMoine), «Enquête auprès des intervenants de la Montérégie sur les besoins en santé mentale dans la population», novembre 1986, dans le *PROQ.SM*, p. 92.

expertise suffisante en santé mentale, le CRSSSM avait trouvé pertinent d'implanter de tels comités sous-régionaux consultatifs pour ce programme.

Dans le *Plan d'orientation* de 1987-1992, comme le POS.SM venait à échéance, il est enfin projeté de réaliser un nouveau POS.SM pour la période 1988-1993. Parallèlement, s'effectuent les travaux du comité Harnois; la Montérégie présente d'ailleurs son *Bilan des ressources en santé mentale* (1986). Cette conjoncture de restructuration des services de santé mentale, entourant l'avènement de la PSM, met en suspens le projet de réalisation du POS.SM. Cette conjoncture et la restructuration des pouvoirs entre les paliers provincial et régional encadrent les contours de l'organisation et de la planification régionales des services. Les PROS sont dès lors mis de l'avant comme outils de régionalisation de l'organisation des services. Avant d'étudier cette deuxième phase du processus de décentralisation, il appert pertinent de relever les principales failles de la régionalisation de l'organisation des services pour cette période que soulignent deux documents du CRSSSM; les citations sont longues, mais encore d'actualité, comme nous le verrons dans la section suivante:

«Parmi les réalités qui limitent le champ d'action du CRSSSM en matière d'autonomie régionale, la tendance centralisatrice gouvernementale (Conseil du Trésor) et ministérielle, réduisant les marges de manoeuvre requises en région, est certainement une des plus lourdes de conséquence. Cette attitude gouvernementale limite considérablement le CRSSSM dans la réalisation des objectifs qu'il se fixe pour améliorer l'état du réseau des services socio-sanitaires de la Montérégie en réponse aux besoins criants de la population à l'intérieur des enveloppes déjà existantes. Le manque de clarification des responsabilités en planification, gestion financière et programmation entre le ministère et le CRSSSM conduit à des situations ambiguës et provoque des zones de chevauchement des responsabilités et de l'insatisfaction de la part des partenaires. De plus, il s'avère difficile pour le CRSSSM de s'orienter, de façon proactive, considérant les carences de politiques (...) et les carences de planification et de stratégies gouvernementales qui pourraient éclairer l'action régionale. Le cloisonnement des enveloppes budgétaires par programmes, axés sur les catégories des établissements, limite le CRSSSM dans le choix de l'attribution de ces budgets en conformité avec les besoins qu'il identifie prioritaires dans la région. En plus d'exécuter les tâches qui lui sont dévolues, le CRSSSM est fortement sollicité par de multiples mandats particuliers ad hoc et ponctuels qui s'ajoutent à la tâche déjà importante qu'il doit assumer. Ces demandes du ministère ne comportent pas, la plupart du temps, les ressources financières nécessaires, ni les pouvoirs requis pour les mener à bien. En ce qui concerne ses relations avec les établissements, bien qu'il privilégie l'approche réseau, le CRSSSM doit respecter les pouvoirs des établissements, de leur conseil d'administration et de leur corporation. Cette limite se concrétise de plus par la dilution des pouvoirs en matière de gestion budgétaire régionale. L'action concertée, tant recherchée, est le fruit de longues négociations entre les établissements qui doivent répondre aux impératifs de leur mission et le CRSSSM qui doit rallier tous/toutes les intervenants/es du réseau vers des objectifs communs adaptés aux nécessités de la population de la Montérégie. Malgré la place privilégiée du CRSSSM, on ne peut pas aussi passer sous silence son manque de visibilité et les problèmes reliés à son image et à sa popularité... (*Orientations 1987-1992*).»

«les membres [de la CAR.SM de la Montérégie] soulignent plusieurs problèmes et insatisfactions ou questions [concernant l'organisation des services et des structures de concertation de santé mentale]: le manque d'information pour étudier certaines questions; l'utilité réelle de plans de services [POS.SM]; la capacité de régler des problèmes concrets; le pouvoir du comité permanent face au réseau et au ministère; la clarté du mandat provenant du conseil d'administration; la motivation des membres; l'impact réel et l'utilité du comité

permanent et de la participation des membres; le langage et les motifs différents des participants... («Compte rendu de la journée de réflexion du comité de la santé mentale de la Montérégie tenue le 27 août 1988», Procès verbal, CAR.SM, 2 juin 1988).»

2.3.2. Consolidation de la régionalisation des services de santé mentale (1989 à 1996)

La régionalisation qui s'apparente à un processus de déconcentration administrative en 1989 joue sur le pouvoir structurant des PROS.SM. En octobre 1990, le sous-ministre de la santé et des services sociaux, Paul-A. Lamarche, constate à ce propos des écarts relativement importants entre les attentes face aux PROS.SM et les réalisations des PROS.SM. Il pose alors la question fort pertinente: «Se pourrait-il que les leviers d'action que possèdent les CRSSS ne soient pas suffisants pour effectuer une réelle remise en question du système (Lamarche, 1990, p. 11)?» Les conseils régionaux deviennent des régies régionales avec la *Loi 120* (1991), donc après l'élaboration des PROS.SM. Turgeon (1989), ayant étudié les CRSSS pour les décennies 1970 et 1980, définit ainsi leur rôle:

«(...) le ministère, ou plus généralement le gouvernement du Québec, ne joue à fond le jeu de la décentralisation que par rapport à des contrôles sur des substrats relativement peu déterminants: l'information circulante, les ressources humaines et matérielles. À ces niveaux, le CRSSS possède des pouvoirs étendus allant de la recommandation au commandement. Toutefois relativement aux contrôles sur les ressources monétaires, les postes et l'information structurante, les mandats situent davantage le CRSSS dans des rôles de conseiller du Ministre ou de coordonnateur des établissements et organismes de sa région: la prise de décision demeure largement centralisée. Par ailleurs, le leitmotiv «population» ou «décentralisation vers la base» semble de moins en moins présent au fil des années dans les mandats confiés aux conseils régionaux... (Turgeon, 1989, p. 239)»

Les PROS.SM, mis en oeuvre par les RRSSS, sont encadrés par des documents ministériels¹ et approuvés par le ministère; la reddition de compte des RRSSS au MSSS s'effectue aussi par programmes. Le *PROS.SMM* a notamment été entériné sous réserve de production de compléments d'information par le ministère en novembre 1993. La RRSSSM a dû fournir des informations plus soutenues pour certaines clientèles (femmes, anglophones, problématiques multiples, etc.). Le *PROS.SMM* avait été adopté par le conseil d'administration du CRSSSM en février 1991. Le *Bilan d'implantation de la PSM* (1997) souligne qu'il n'y aurait à ce jour que seulement deux régions dont le PROS.SM a reçu l'approbation finale du ministère: l'Outaouais et la Côte-Nord. Les PROS autres qu'en santé mentale, élaborés plus récemment, prendraient plutôt de sept à huit moins pour être entérinés par le ministère, d'après un questionnaire de la RRSSSM. La planification régionale en santé mentale est ainsi un exercice fort détaillé qui permet au gouvernement de contrôler l'allocation des fonds publics:

¹Deux documents, dont un fort détaillé, ont notamment été rédigés au palier ministériel pour encadrer le processus de planification régionale: *PROS.SM. Vision d'ensemble et canevas de planification* et *PROS.SM. Document d'appui à la planification* (Voitchovska, 1989).

«La RRSSSM souhaite la flexibilité en regard de l'approbation du *PROS.SMM* qui ne devrait porter principalement que sur les orientations et les grands objectifs. Présentement, au lieu de se voir accepter, le plan se voit imposer de nouvelles conditions d'acceptation. Cette façon de faire, au lieu de procéder à une imputabilité sur les résultats, empêche la régie d'ajouter de la crédibilité à sa démarche en se présentant devant ses partenaires avec un *PROS.SMM* non validé. On y voit une certaine forme de discrédit auprès des partenaires, ce qui ne serait pas sans répercussion sur leur engagement... C'est en termes d'obligation de résultats que la régie aimerait gérer sa planification et en être imputable face au ministère.»¹

Les instances régionales ne peuvent que marginalement modifier les orientations générales de l'allocation financière des PROS.SM une fois que ces derniers sont approuvés par le ministère. «Les régies ne disposant pas au point de départ de pouvoir pour modifier unilatéralement leur PROS (...), elles doivent justifier et faire approuver préalablement une demande en ce sens auprès du ministère, de façon à amender leur PROS en conséquence.»² La configuration des programmes constitue pour le ministère: «1) un cadre suffisamment stable pour organiser les outils de gestion budgétaires et informationnels et 2) un cadre suffisamment flexible pour permettre les ajustements requis en fonction de l'évolution des réalités sociosanitaires».³ Les réaménagements budgétaires entre les programmes appartenant à un même champ d'activités (ex.: personnes présentant une déficience intellectuelle et une déficience physique, du champ d'activités de l'intégration sociale) devraient aussi être plus importants que ceux qui appartiennent à des champs différents d'activités (ex.: programmes de santé mentale et de santé physique).⁴ La réallocation de ressources interprogrammes ou interétablissements au niveau régional relève d'un processus complexe. Sur le plan provincial, la difficulté à effectuer un tel processus pour minimiser les disparités régionales en ressources est aussi patente (voir les deux dernières citations en exergue). Ce contexte encadre le pouvoir structurant des PROS.SM:

«Concernant le budget de la santé mentale, on a une certaine flexibilité. Si on veut cependant mobiliser les fonds des autres programmes vers le programme de santé mentale, on a actuellement des difficultés. En ce qui a trait aux réallocations interétablissements, on peut réallouer jusqu'à 5% d'un budget d'un établissement à un autre établissement. À l'heure actuelle, on manque toutefois d'instruments pour ce faire (un gestionnaire de la RRSSSM).»

«Même si on possède ce pouvoir depuis que l'aspect budgétaire est régionalisé, c'est plus facile de modifier les allocations financières des organisations quand on a des budgets de développement. Actuellement, on effectue des compressions budgétaires. Là, on détermine la partie dont les établissements vont devoir contribuer de la compression régionale. On ne prend pas vraiment de l'argent à X pour le donner à Y, sauf qu'on dit: il faut contribuer à la compression deux fois plus pour permettre à Y de continuer. C'est une autre façon de prendre de l'argent à un endroit et de le donner à un autre pour équilibrer les ressources. On le fait beaucoup par sous-région (un deuxième gestionnaire de la RRSSSM).»

¹ RRSSSM, *Bilan d'implantation de la Politique de santé mentale*, compte rendu de la rencontre MSSS/RRSSSM, tenue le 1^{er} novembre 1994, p. 4.

² Comité MSSS-RRSSS sur la gestion par programmes, juin 1994, p. 13.

³ *Ibid.*, p. 46.

⁴ *Ibid.*, p. IX.

«la réallocation interrégionale doit être réaliste, s'échelonner sur plusieurs années, tenir compte des infrastructures actuelles, des contraintes de relocalisation, des droits respectifs, des délais et des coûts d'opportunité... Le calcul de l'équité interrégionale doit aussi tenir compte de trois paramètres: 1) les besoins relatifs des populations et des clientèles; 2) les coûts relatifs de production dus à des particularités régionales et 3) les objectifs visés d'autosuffisance régionale.»¹

«Dans le dernier exercice de répartition des compressions budgétaires entre les régions (1995-1996), le glissement qui s'est opéré entre la logique technocratique et la logique politique est frappant. On a d'abord fait un premier scénario avec la méthode développée pour mesurer et comparer les besoins et les ressources par régions. Bien que ce scénario ait montré que cette méthode permettait de réduire les écarts entre les régions sociosanitaires du Québec, ce n'est pas elle qui fut retenue pour déterminer le montant des compressions par régions. Face aux arguments politiques, on a développé une nouvelle méthode qui, en bout de ligne, n'a pas permis d'amorcer une nouvelle façon de répartir les ressources ou les compressions entre les régions du Québec. La méthode retenue reconduit les écarts historiques et les aggrave même à certains égards (Contandriopoulos et Trotter, 1995, p. 4).»

L'allocation financière des PROS.SM a aussi été orientée par des directives ministérielles. Selon un gestionnaire de la RRSSM, plus de 45% des allocations de développement auraient ainsi été planifiés dans la région. Les enveloppes financières allouées aux régies régionales sont par ailleurs réparties par catégories d'établissements, et non par programmes. Les régies régionales demeurent souvent «mains et pieds liés» face à l'autonomie consentie dans le réseau aux acteurs organisationnels et à leur inscription dans des structures historiques bien établies (notamment les budgets historiques globaux).² Les budgets relatifs aux effectifs médicaux et les modalités relatives aux négociations des conventions collectives n'ont pas également été régionalisés. D'après Boivin (1994), l'actuel cadre de négociation des conventions collectives constitue un entrave à la décentralisation. Comme plus de 80% des budgets sont préalloués sous forme de salaire, un réajustement s'avère nécessaire.³ La centralisation de certains systèmes d'information semble aussi causer des difficultés à l'exercice de la gestion régionale. Lorsqu'il s'agit de dossiers qui ont des renseignements nominatifs, la commission d'accès à l'information n'autorise notamment pas le ministère à transférer de telles données aux RRSS.

La *Loi 120* (1991) généralise le processus de régionalisation pour les programmes de santé non visés par le *Décret 3179-79* et étend les pouvoirs des instances régionales. Les RRSS ont ainsi des responsabilités accrues en matière de planification, de coordination, de budgétisation et

¹Comité régional inter-DSC en santé mentale (DSC Honoré Mercier, du Haut-Richelieu, de Valleyfield et de Charles LeMoine), «Enquête auprès des intervenants de la Montérégie sur les besoins en santé mentale dans la population», novembre 1986, dans le PROS.SM, p. 85 et 87.

²«Un établissement ne peut pas néanmoins faire n'importe quoi, même s'il respecte les limites de son budget global: par exemple, fermer des lits de façon permanente, se donner une nouvelle vocation, ouvrir un nouveau département sans l'accord du ministre. Ce dernier peut également protéger certains secteurs d'activités qu'il juge prioritaires ou essentiels, grâce au principe du «budget protégé». Le ministre s'assure par cette mesure qu'un établissement ne pourra pas diminuer la part relative de son budget affectée à tel ou tel secteur (Turgeon et Antil, 1994, p. 86).»

³À ce propos, Turgeon mentionne: «le gouvernement n'a pas encore bougé relativement au dossier de la main-d'oeuvre médicale qui demeure très centralisé, même si les médecins sont responsables de 80% des dépenses du secteur de la santé, un élément de planification non négligeable sur lequel les régies n'ont que très peu de prise (dans *La planification régionale des services sociaux et de la santé*, sous la direction de Tremblay et al., 1996, p. 156).»

d'évaluation et de nouvelles fonctions en santé publique. Les nouveaux pouvoirs dévolus aux instances régionales s'implantent graduellement. Les régies ne sont notamment responsables de l'opération de budgétisation des établissements que depuis 1995-1996.¹ En dépit de ces nouveaux pouvoirs, plusieurs auteurs, ayant étudié la question de l'autonomie des régies régionales vis-à-vis le ministère depuis la *Loi 120*, soulignent le pouvoir fort restreint de ces premières en matière de planification et de gestion régionale (voir les deuxième et troisième citations en exergue). Par exemple, Turgeon et Anctil (1994) affirment que le ministère peut intervenir dans plusieurs domaines de compétence des régies régionales par réglementation. Une quinzaine d'articles sont prévus par la loi à ce chapitre. Les auteurs recensent particulièrement que les RRSSS sont limitées dans leur autonomie d'actions en ce qui relève:

«de leurs plans d'effectifs médicaux, pour l'évaluation des services (art. 346); pour l'allocation des budgets et le contrôle budgétaire (art. 350, 351); pour la fixation des modalités d'accès aux ressources intermédiaires et de type familial (art. 354); pour les achats en commun (art. 383); pour la fixation des paramètres budgétaires (art. 387) et pour tout mandat précis (art. 346). Elles sont également tenues de fournir au ministre, à sa demande et dans le délai qu'il prescrit, les états, données, statistiques, rapports et autres renseignements qu'il requiert sur les activités de la régie régionale ou qu'il juge appropriés (art. 394) (p. 99).»

«les régies sont des organismes formellement décentralisés de par leur personnalité juridique, corporativement décentralisés de par leur direction politique, peu décentralisés de par les compétences exercées et centralisés de par leur financement. (...) Une épée de Damoclès est donc suspendue au-dessus des régies (Bozzini et Bourgault, 1992, p. 107).»²

«Le ministère n'a pas soutenu l'autorité qu'il accordait aux conseils régionaux. À la fin de ce projet, le contrôle autonome du budget régional de la santé mentale que les conseils étaient censés exercer était encore un mythe. Après avoir exigé que les conseils régionaux établissent leur PROS.SM en collaboration avec les comités triparties, le ministère a entrepris par la suite de ne financer que les types de ressources qui correspondaient à son propre programme (White, 1994, p. 58).»

Plusieurs témoignages d'acteurs du réseau sociosanitaire confirment aussi ce constat de l'insuffisance du processus de régionalisation. Le directeur général de la régie de Gaspésie-Les-Iles mentionne ainsi qu'«il faut certes aller beaucoup plus loin que d'installer une régie régionale pieds et poings liés et de se fermer les yeux sur les vrais obstacles à la productivité et à l'amélioration des services (Lefèvre,1993, p. 26)». La directrice générale de la régie régionale de Laval, du même souffle, avance que «le vrai test de la régionalisation se fera quand on connaîtra réellement la marge de manoeuvre que le ministre consent aux RRSSS pour l'octroi des budgets en région et quand les fonctionnaires du ministère renonceront à leur rôle de contrôleurs pour se transformer en planificateurs de grands objectifs (Lefèvre,1993, p. 22)». La Conférence des régies régionales, par

¹Bordeleau, Luc, «Orientations et priorités régionales», dans *La planification régionale des services sociaux et de santé*, sous la direction de Tremblay et al., 1996.

²Rappelons que quatre critères, dans le modèle légaliste, sont utilisés pour qualifier la forme structurelle de la régionalisation: la personnalité juridique, le contrôle des élus par les membres, l'exclusivité du champ de compétence et l'autofinancement (Bozzini et Bourgault, 1992).

un mémoire présenté à la Commission nationale sur l'avenir du Québec (1995, le mémoire a un titre fort révélateur «*L'avenir du Québec et la décentralisation: mener à terme un parcours inachevé*»), fait aussi part «qu'il ressort des expériences québécoises en matière de décentralisation qu'elles n'ont pas toutes été réalisées avec les moyens qui auraient dû accompagner les responsabilités qui étaient alors transférées. (...) La loi actuelle accorde aux régies le pouvoir d'allocation budgétaire pour les programmes et les établissements sous sa juridiction. Encore faut-il que les enveloppes monétaires transmises ne soient pas accompagnées de paramètres si sévères qu'ils ne laissent que très peu de latitude (p. 6 et 7)». D'autres témoignages appuyant ces constats sont présentés en exergue:

«Nous sentons qu'il y a peu de décentralisation du pouvoir pour la planification et l'organisation des services. Les allocations sont davantage envoyées à la pièce. En santé mentale, on est obligé de s'ajuster à cette situation avec les orientations qu'on a ici. Quand on reçoit une allocation du ministère, cela ne tient pas toujours compte de nos orientations régionales ou de ce qui existe déjà. On sait que la budgétisation par programmes s'en vient. D'après moi, la santé mentale va être un des premiers secteurs visés par la budgétisation par programmes. Quelle marge de manoeuvre nous détiendrons pour le PROS.SM? Pour être vraiment cohérent dans notre travail, il faut s'assurer de détenir toute l'information financière. Il ne faut plus qu'il arrive des enveloppes budgétaires du ministère qui remettent en question notre planification. C'est ce genre de commandes venant des ministères qui, selon moi, enlève beaucoup de cohérence aux PROS sur le plan régional. Quand on se retrouvera avec un budget fermé, on saura exactement à quoi s'en tenir. Notamment, les établissements ne pourront plus aller faire une petite parade au ministère pour essayer d'obtenir plus. Il va y avoir, je dirais, une sorte de dynamique plus articulée, moins de voies de contournement (un gestionnaire de la RRSSM).»

«On dit décentraliser, mais c'est ce que j'appelle jouer à l'élastique. Règle générale, le ministère est beaucoup plus sévère dans ses attentes de contrôle auprès des RRSSS et des PROS qu'il l'était envers lui même. Quand le ministère avait les responsabilités, il n'avait pas tous ces comptes à rendre. Nous devons maintenant remettre au ministère une série de rapports relatifs à l'implantation, au suivi, au contrôle, etc. (...) C'était rendu qu'on avait de l'argent pour les hémodialyses qui ont les yeux bleus et les cheveux blonds. Il fallait alors compter le nombre de clients qui avait les yeux bleus et les cheveux blonds... La décentralisation n'est pas comprise partout pareille. (...) Avec le temps, oui, mais présentement, c'est très lourd. Ils sont très pointilleux (un deuxième gestionnaire de la RRSSM).»

«Il y a unanimité chez les personnes interrogées pour dire que l'on n'assiste pas à une véritable régionalisation. Il y a beaucoup de commandes de Québec, beaucoup de directives, de normes venues d'en haut (...), ce qui fait que la marge de manoeuvre des régies régionales est très mince. Au dernier conseil d'administration d'une régie, le directeur général a mentionné qu'il avait fait une compilation des directives émanant du ministère. La régie aurait reçu 45 directives en un mois. C'est plus d'une commande par jour! (...) Il y a beaucoup de lobby politique qui se fait encore à Québec (...) Les permanents de la régie régionale ont beaucoup de difficulté à contester les décisions de Québec... Ce sont seulement les budgets dans lesquels il y a des coupures qui sont régionalisés. La RAMQ, les médecins, les médicaments ne sont pas régionalisés. (...) Les régies régionales ont du pouvoir par rapport à l'administration des CLSC et des hôpitaux, mais leur pouvoir commence à se diluer quand le médical intervient. Les régies régionales n'ont aucun pouvoir sur la RAMQ. C'est un non sens de ne pas avoir de pouvoir sur une partie substantielle du budget global. Le système de santé est tributaire des décisions et des gestes posés par les médecins... (paroles d'élus d'organismes communautaires de conseils d'administration de régies régionales; Les épreuves et les défis du partenariat, 1995, p. 21).»

Malgré ce constat peu reluisant des pouvoirs octroyés aux RRSSS, donc au pouvoir structurant des PROS.SM, certaines tendances laissent entrevoir des changements intéressants en matière de régionalisation des services socio-sanitaires.¹ Au début des années 1990, le MSSS a notamment remplacé la Direction des liaisons avec les établissements par la Direction de la coordination régionale. Les établissements du réseau ne doivent dès lors se rapporter qu'à l'instance régionale, ce que les entrevues réalisées avec les acteurs de la Montérégie confirment. Cette nouvelle direction soulève toutefois certaines critiques: «Qu'est-ce qu'elle fait là au MSSS cette direction? Supposons qu'on ait un problème avec un établissement, il faut lui faire alors un état de situation. Les gens de cette direction vont aller porter cela au cabinet... La situation initiale peut drôlement se compliquer... (un gestionnaire de la RRSSSM)»

Turgeon et Anctil (1994) soulignent aussi la diminution progressive du personnel attaché au MSSS, ce qui rend compte d'une redistribution de pouvoir vers d'autres instances. Le ministère se déleste, en effet, de quelque 200 postes sur les 1 200 qu'il comptait au profit des nouvelles régies régionales. Comme tenu de la politique de régionalisation présente, poursuivent les auteurs, le ministère aura toutefois à justifier «la nécessité de conserver un effectif de près de 1 000 personnes (p. 83)». En Montérégie, d'après un gestionnaire interrogé à ce propos, une dizaine de personnes du MSSS ou du CSS auraient été ajoutées aux personnels de la RRSSS. Le transfert des DSC à la RRSSSM vient néanmoins doubler en nombre le personnel qui y est affecté, quoique ces premiers aient des rôles bien distincts des régies à proprement parler.² La section de la santé mentale à la RRSSSM aurait subi, quant à elle, plutôt des coupures de postes: plus de la moitié des effectifs. Spécifiquement en santé mentale, il n'y a plus qu'un cadre et qu'une secrétaire. Une importante redistribution de ressources financières au profit du palier régional est cependant à relever:

«Au départ, en 1972, l'ensemble des conseils régionaux disposait d'un budget de 650 000 dollars et d'un personnel limité à quelques personnes (MAS, 1972). Vingt ans plus tard, leur budget total s'élevait à 54,5 millions et leur effectif atteignait 989 postes (temps plein et temps partiel). Une enquête menée à l'automne 1993 par la Direction générale de la coordination régionale du ministère a permis d'estimer à 1322 le nombre total de postes (dont 64 postes temporaires) en ce moment. Pour l'année 1993-1994, le budget total des instances régionales s'élevait à 80,9 millions de dollars (Turgeon et Anctil, 1994, p. 84).»

¹ L'étude de Larivière (1993) donne une vision relativement positive de la régionalisation selon une approche qualitative. Pour Larivière, deux lectures du processus de régionalisation sont possibles: une quantitative et une qualitative. La première est de tendance légaliste. L'auteur a effectué une analyse exhaustive de la législation relative au pouvoir entre les paliers provincial et régional. Il démontre que le pouvoir est centralisé sous cet angle. Par contre, l'analyse qualitative de la distribution du pouvoir entre les paliers, basée principalement sur le discours des acteurs du système, conclue plutôt que la délégation du pouvoir est réelle et qu'elle dépend de la volonté et de la compétence des régions à réaliser les fonctions déléguées par le gouvernement. L'analyse qualitative de Larivière n'est toutefois balisée que par trois entrevues, effectuées avec des gestionnaires d'une régie régionale d'un grand centre, d'un centre urbain et d'un centre périphérique.

² Soulignons les propos d'un représentant de la santé publique rencontré en Montérégie pour cette étude: «Maintenant, on fait partie de la RRSSSM. Notre enveloppe est encore protégée à l'intérieur de la RRSSSM. Combien de temps cette situation va cependant durer? Je ne le sais pas.»

La décentralisation des pouvoirs du MSSS vers les RRSSS semble ainsi s'inscrire dans un processus incrémentiel. Actuellement, plusieurs dossiers et structures sont en transition dans le réseau sociosanitaire. Pour les acteurs du système, cet état complexifie la lecture des responsabilités et des pouvoirs délégués à chaque palier. Beaucoup laissent aussi à penser que l'état des finances publiques et la remise en question du rôle de l'État providence comme seule logique de régulation faciliteront un transfert de pouvoir plus accentué du palier provincial au palier régional. La croyance, supportée par plusieurs acteurs, que «la décentralisation est la seule façon qui permettra qu'on sorte le système de la crise actuelle» pousse aussi à davantage régionaliser la gestion des services. Plusieurs commissions ont d'ailleurs souligné la popularité de la décentralisation des services, notamment la commission Bélanger-Campeau (1990-1991) et la Commission régionale et nationale sur l'avenir du Québec (1995). «La capacité des instances régionales, par la réalisation des PROS, à mener des opérations complexes sous l'angle des problématiques à traiter, risquées compte tenu de la diversité des acteurs à réunir et presque aléatoires quant au contenu des mandats, devrait aussi rendre la décentralisation plus envisageable (Maranda, ACFAS, 1993).» Soulignons que l'implantation de la régionalisation des activités sociosanitaires était l'une des visées de la commission Castonguay-Nepveu (1970), l'absence de compétences administratives suffisantes en avait notamment restreint la portée.

La régionalisation est également relative à la propension des RRSSS, endossée par leurs partenaires sous-régionaux, à vouloir prendre plus de place dans le processus. Certaines régies peuvent aussi faire preuve de plus de leadership que d'autres en matière de régionalisation des services sociosanitaires, tout en étant capable de mobiliser davantage leurs acteurs régionaux dans la recherche de cette autonomie. La Conférence des régies régionales demande, en ce sens, que leur soit accordée une enveloppe régionale globale, constituée selon l'approche populationnelle pondérée à l'aide de certains indices de développement social et en harmonie avec l'approche par programmes ou par champs (*Plan stratégique de transformation*, Montérégie, 1995). L'enveloppe globale devrait être le reflet de l'ensemble des besoins de la population de la région, peu importe le lieu de consommation des services; des ententes, de type «modèle achat-vente de services», pourraient alors s'effectuer entre les régies régionales. Pour la Conférence des régies régionales, l'avancement du processus de décentralisation passe également par la consolidation des instruments de représentation et d'imputabilité, de façon à élever d'un cran la légitimité politique de ses pouvoirs. La Conférence revendique aussi, pour favoriser la régionalisation, l'actualisation d'une réelle politique d'équité interrégionale et le renforcement de la nature intersectorielle des missions du palier régional:

«Cette approche pourrait vouloir dire une restructuration des instances publiques menant, par exemple, à des organisations possédant des responsabilités intégrées au niveau régional, en matière d'éducation, de santé et de services sociaux, d'affaires municipales, d'environnement, etc. (*L'avenir du Québec et la décentralisation: mener à terme un parcours inachevé*, p. 8)»

Cette section sur la régionalisation et son impact sur le pouvoir structurant des PROS.SM vient clore la partie contextuelle de ce chapitre. Les PROS.SM ont été inscrits dans le parcours des réformes des systèmes sociosanitaire et de la santé mentale. Ce sous-chapitre a circonscrit le pouvoir des instances régionales dans l'exercice de leur gestion en santé mentale. Il nous reste à examiner comment s'articulent l'élaboration et l'opérationnalisation d'un PROS.SM en particulier. La section suivante présente le PROS.SM de la Montérégie (*PROS.SMM*).

2.4. L'élaboration et l'opérationnalisation du *PROS.SMM*

Le *PROS.SMM* est élaboré entre 1989 et 1991. Il est encadré par la *PSM*, les réformes sociosanitaires et l'expérience de régionalisation antérieure acquise par le CRSSSM en santé mentale. Le *PROS.SMM* présente l'état de situation des besoins et de l'organisation des services de santé mentale pour la Montérégie et les pistes envisagées pour leur adéquation. Le *PROS.SMM* dessert principalement deux fonctions: 1) il est un guide d'allocation des ressources et des priorités régionales, puisqu'il cerne les orientations prônées pour l'organisation des services de la région; 2) il incite à l'équité interrégionale, mettant de l'avant la notion d'autonomie régionale pour les services de santé mentale. Outil organisationnel pour la RRSSSM, le PROS.SM appert aussi utile pour les dispensateurs du réseau, car il permet aux acteurs de se positionner dans la gamme de services et de coordonner leurs actions. Plus précisément, le ministère et les régies définissent les PROS.SM:

«comme étant élaborés à la lumière d'orientations privilégiées et se voulant un ensemble ordonné de services visant à actualiser la promotion, la protection, le maintien et la restauration de la santé biopsychosociale en fonction des besoins d'une clientèle-cible ou en regard d'une problématique donnée, à l'intérieur d'une région ou une sous-région. Cet ensemble ordonné de services comprend une description des activités, des interventions prévues, de leur coordination, de l'approche privilégiée, des ressources requises et leur localisation géographique».¹

«sur une base pluriannuelle, comme le cadre de la planification stratégique des régies régionales, permettant d'établir une mobilisation des intervenants autour de choix et de priorités en matière: 1) de configuration de la gamme de services continus adaptés aux besoins des clientèles régionales; 2) de l'organisation de leur dispensation sur le territoire par un réseau de producteurs complémentaires et efficaces, et 3) de leur financement. Les PROS sont également, sur une base annuelle, le guide servant aux opérations relatives à la gestion courante des programmes, à la répartition des ressources financières entre les différents sous-

¹Comité conjoint MSSS-CRSSS, *Plans régionaux de services: principes et orientations*, Québec, octobre 1987, p. 3.

programmes, services et établissements et à l'imputabilité administrative des régies régionales.»¹

«comme un moyen par lequel se précisent la contribution et l'opérationnalisation des choix régionaux quant aux moyens à prioriser et aux ressources à privilégier pour améliorer la santé d'une population conformément à la politique et selon les objectifs de résultats ciblés par cette politique. C'est aussi un outil permettant aux gestionnaires de gérer le système de distribution des services et d'entrevoir des perspectives futures. C'est un moyen pour consolider le partenariat régional. C'est un moyen pour amener la prise de décision le plus près possible de l'action.»²

Ce sous-chapitre introduit l'articulation de la démarche de mise en oeuvre d'un PROS.SM. Il s'agit, par le *PROS.SMM*, de comprendre comment se transforme opérationnellement l'intervention à travers ses différentes étapes d'élaboration et d'implantation. Une comparaison avec le *POS.SMM* (plan d'organisation de services en santé mentale pour la période 1983-1988) est aussi succinctement effectuée, afin de mettre en relief la spécificité du PROS.SM. La mise en oeuvre de ce dernier, dont le mandat est confié à l'instance régionale, mobilise les acteurs organisationnels du réseau de santé mentale. Singulièrement, la mise en oeuvre du *PROS.SMM* fluctue en fonction du processus de concertation. La présentation qui suit examine le *PROS.SMM* selon les étapes de ce dernier: 1) planification régionale, 2) participation sous-régionale, 3) implantation de tables sous-régionales (TSR) et 4) arrimage de comités par programmes-clientèles aux TSR.

2.4.1. Première étape: planification régionale

En plus des gestionnaires du CRSSSM responsables de ce projet (Direction de la planification), l'élaboration du *PROS.SMM* a surtout mobilisé, dans un premier temps, les membres des comités de référence et du comité tripartite régional. Les comités de référence sont composés de professionnels, choisis par le CRSSSM en fonction de leur expertise dans un domaine particulier. Leurs rôles ont été «de définir les problématiques, les objectifs de services et les programmes ainsi que d'inventorier les ressources en santé mentale (*PROS.SMM*, p. 16)». Six groupes d'experts, de cinq personnes en moyenne, ont été formés: «un groupe s'est penché sur les services de promotion et de prévention, un autre a traité des services d'intervention de crise et de première ligne, trois groupes ont travaillé sur les services spécialisés destinés respectivement aux jeunes, aux adultes et aux personnes âgées et un dernier groupe a analysé l'organisation des services de manière globale (*PROS.SMM*, p. 16)». Ces comités ont joué un rôle actif surtout au début de la période d'élaboration du *PROS.SMM*; ils se sont réunis seulement à quelques reprises.

¹Sous-comité MSSH-RRSSS sur la gestion par programmes et l'allocation des ressources, *Cadre de référence sur l'allocation des ressources dans le contexte de la gestion par programmes et de la décentralisation des activités*, avril 1993, p. 62.

²RRSSSM, *PROS.SM: synthèse et mise en place du PROS*, décembre 1994, p. 5.

Tout au long du processus de mise en oeuvre du *PROS.SMM*, le comité tripartite régional en santé mentale (CTR.SM) a eu comme rôle d'endosser la démarche du *PROS.SMM* (rôle consultatif auprès du CRSSSM). Le CTR.SM est composé de 21 membres représentant pour 40% les établissements (1^{er} tiers), pour 40% le communautaire (2^e tiers) et pour 20% l'intersectoriel (3^e tiers). Les membres de ce comité sont choisis par les associations représentatives de chacun des groupes (1^{er} et 2^e tiers), puis nommés par le CRSSSM. Le CTR.SM est différent de la CAR.SM (1977 - voir section 2.3.1 -), puisque cette dernière était composée en majorité de représentants d'établissements. L'introduction de nouveaux acteurs dans les sphères décisionnelles d'organisation des services de santé mentale devrait changer la dynamique de ce réseau (voir le chapitre 4).

Ces différents acteurs régionaux se sont ainsi associés aux gestionnaires du CRSSSM pour élaborer le *PROS.SMM*. Ce dernier trace un portrait d'ensemble de l'état de l'organisation des services et des besoins de la population en santé mentale pour la région.¹ On y retrouve aussi les orientations, les recommandations et les pistes d'actions pour les cinq années subséquentes. Le *PROS.SMM* est un guide d'allocation financière; les plus importantes carences dans la dispensation des services sont identifiées. Si l'on compare le *PROS.SMM* au *POS.SMM* (1983-1988), les deux planifications présentent les mêmes objectifs d'élaboration. Le *PROS.SMM* est cependant un plan plus exhaustif et complexe que le *POS.SMM*. D'une part, l'évolution des indicateurs de besoins et des systèmes d'information permette un meilleur portrait d'ensemble de la région à la fin des années 1980. En particulier, l'enquête *Santé-Québec* encadre l'analyse des besoins du *PROS.SMM*. Ce dernier tient aussi compte des besoins, indépendamment du niveau de consommation ou de disponibilité des services sociosanitaires. Dans le *POS.SMM*, pour calculer les besoins de services, «on partait des services dispensés par les établissements et par les organismes et on évaluait pour les années comprises dans la planification le niveau que prendrait possiblement la demande de services (un gestionnaire de la RRSSSM)»; on traçait un portrait global des ressources existantes et on précisait les ressources requises, calculées au moyen de ratios ressources/populations (ex. 0.3 lits de courte durée par 1 000 personnes); quelques comparaisons interrégionales étaient aussi réalisées pour mettre en relief les carences en services de la Montérégie (*PROS.SMM*, p. 13).

En plus de l'analyse des besoins qui fait l'objet d'une comptabilité différente dans le *PROS.SMM* comparativement au *POS.SMM*, ce premier introduit l'approche par programmes-clientèles (pour

¹Dans le *PROS.SMM* (1989), moins d'une centaine d'organismes et d'établissements impliqués en santé mentale sont recensés: «22 organismes communautaires dont la plupart est actuellement en implantation, 16 ressources alternatives [quatre existaient depuis à peine trois ou quatre ans] offrant des services et 47 établissements publics - huit hôpitaux ayant un département de psychiatrie; un CSSR recevant plus de 500 personnes éprouvant des troubles de santé mentale; plusieurs centres d'accueil et d'hébergement abritant des personnes éprouvant des troubles sévères de santé mentale et pour qui un diagnostic psychiatrique a été posé et 19 CLSC recevant des personnes dont l'équilibre psychiatrique est perturbé, mais ces deux catégories d'établissements bien qu'impliqués en santé mentale n'ont aucune ressource spécifique en santé mentale pour répondre adéquatement aux besoins des personnes - (CRSSSM, Texte de la présentation du 26 juin 1991 du PROS.SM au ministère de la santé et des services sociaux, pp. 16-17)».

cette approche, voir les sections 2.1.2, 3.1, 3.3.2 et 5.5). À l'époque de l'élaboration du *POS.SMM* (1983), cette méthode est peu envisageable puisque «les programmes appropriés pour les populations à risque dans les sous-régions restent à mettre sur pied. Une banque d'information sur la population, la clientèle et les services dans la région est aussi tout juste en phase d'implantation au CRSSSM (*POS.SMM*, pp. 23-24)». Le *PROS.SMM* insiste également sur le volet opérationnel et introduit l'approche par objectifs/résultats (pour cette approche, voir les sections 3.1, 3.3.2 et 5.5). Plus du quart du *PROS.SMM* (1989-1991) est consacré à la conception d'un plan d'actions, seulement quelques pages figurent à ce propos dans le *POS.SMM*. Douze projets regroupés dans trois sphères d'activités sont prônés dans le plan d'actions du *PROS.SMM*:

«primauté de la personne (poursuite de l'évaluation des besoins et identification des programmes et des services en fonction de nouvelles problématiques; rédaction de programmes cadres en fonction des priorités de développement; promotion, défense et promotion des droits; définition des mécanismes d'accès), administration des programmes et des services (implantation et coordination des programmes et des services; maintien de la personne dans son milieu de vie; support aux organismes communautaires; évaluation et suivi des services et des programmes; coordination des activités de formation) et coordination du système d'organisation des services (gestion des structures participatives - volonté de sous-régionaliser - ; évaluation et suivi du plan - sera facilité par le développement du système d'information - ; relations avec le ministère).»¹

Le *PROS.SMM* s'appuie donc sur l'approche par programmes-clientèles. Le programme de santé mentale est d'abord séparé en trois niveaux d'intervention: prévention/promotion, première ligne et crise² et services spécialisés³. Chacun des niveaux «correspond à une clientèle cible caractérisée par une problématique spécifique, un objectif d'intervention particulier et une gamme de programmes appropriés».⁴ En tout, trente-deux programmes sont répertoriés dans le *PROS.SMM* à l'intérieur de ces trois niveaux d'intervention, chacun correspondant à des types de services.⁵ Ceux-ci forment la nomenclature des besoins de services par clientèles de la gamme coordonnée et continue des activités du réseau de la santé mentale.

¹ CRSSSM, *Texte de la présentation du 26 juin 1991 du PROS.SM au ministère de la santé et des services sociaux*, 1991, pp. 15-16.

² Les services de premières lignes et de crises correspondent aux services de base. Ils sont donc relatifs à des troubles ne nécessitant pas d'intervention prolongée. «Dans la plupart des cas, l'intervention supporte la personne dans son milieu de vie et n'exige pas de retrait de son domicile (CRSSSM, *Texte de la présentation du 26 juin 1991 du PROS.SM au ministère de la santé et des services sociaux*, p. 5).»

³ Au niveau des services spécialisés, sont répertoriés: «les services de support aux familles, de réadaptation/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 au niveau de la vie quotidienne et de compromettre leurs relations sociales.» *Ibid.*, pp. 4-5.

⁴ Notons qu'il existe pour le *PROS.SMM* un objectif stratégique général: «En conformité avec *La Politique de santé mentale*, la réalisation du *PROS.SMM* vise d'abord à promouvoir une vision globale de la santé mentale, des besoins de l'ensemble de la population et des personnes en difficulté et la mise en place de l'ensemble des services, afin de favoriser une gestion concertée entre l'ensemble des partenaires.» Des sous-objectifs stratégiques ont aussi été spécifiés, notamment le maintien de la personne dans son milieu de vie, la reconnaissance de l'importance des organismes communautaires, l'amélioration de la connaissance des besoins de la population, l'adaptation des services à certaines clientèles - femmes, personnes d'expression anglaise et néo-Québécois -, l'évaluation des programmes et des services, le support aux intervenants, la répartition équitable des ressources, la concertation, la coordination et le partenariat, l'approche interdisciplinaire, la continuité des services et des réponses souples et dynamiques. En plus, pour chaque niveau de services, nous retrouvons un objectif d'intervention et des objectifs stratégiques (voir à ce sujet si besoin le *PROS.SMM*, pp. 17-22). CRSSSM, *Validation des objectifs de santé mentale*, juin 1990, pp. 15-20.

⁵ Par exemple, pour le programme 2.2, programme d'intervention individuelle et familiale de première ligne, les types de services sont: «équipe de bases multidisciplinaires - services psychosociaux courants, services d'écoute téléphonique, d'intervention de crise et de suivi cinq jours par semaine - ». CRSSSM, *PROS.SM*, p. 68, tableau 3.

Pour chaque niveau de programmes, la clientèle visée est ainsi identifiée. En promotion/prévention, 100% de la population de la Montérégie sont considérés (1 231 072 personnes en 1990). Certaines clientèles à risque sont néanmoins ciblées. Dans le *PROS.SMM*, 10% à 20% des nouveaux budgets de développement devraient être alloués à ce niveau (*Plan stratégique de transformation*, 1995; *Procès-verbal*, 2 novembre 1994). Pour la première ligne et la crise, 10% de la population, soit l'indicateur du niveau de stress élevé de l'enquête *Santé-Québec*¹, ont été retenus comme clientèle cible, ce qui équivaut à 123 107 personnes. Les services spécialisés sont séparés par groupes d'âges: les jeunes (0-17 ans), les adultes (18-64 ans) et les personnes âgées (65 ans et plus). L'indicateur de besoins retenu, pour ce niveau, est le pourcentage de la population souffrant de troubles mentaux, ce qui représente 5,6% de la population (68 940 personnes). On dénombre aussi, pour ce niveau de services, le pourcentage de la population ciblée par tranches d'âges. Cet indicateur, d'après une étude réalisée par un DSC de la région, ne saurait pas néanmoins approprié, parce qu'il inclut les troubles du sommeil et les épisodes de nervosité dans la catégorie des troubles sévères, complexes et persistants. Pour la Montérégie, si on tient compte de l'indicateur modifié, le pourcentage des personnes affectées par ces derniers serait plutôt de 3% au lieu de 5,6%. L'écart des ordres de grandeur est plus marqué pour les personnes âgées; le pourcentage serait de 7,6% au lieu de 22,5%. Cette étude conclut qu'«étant donné l'importance accordée aux indicateurs utilisés dans le *PROS.SMM* pour estimer l'évaluation des besoins en termes de niveaux de services, en particulier les services spécialisés [l'allocation budgétaire est allouée à 86% à ces services], il serait important de rectifier cette évaluation en fonction de l'indicateur «troubles sévères de santé mentale» plutôt que de l'indicateur CIMA1».²

De même, pour chacun des 32 programmes répartis dans les trois niveaux services, le pourcentage et le nombre de clientèles visées sont soulignés. Les programmes sont aussi traduits en services années et en ressources années.³ Suite au développement des indicateurs de clientèles-cibles, de consommation et de coût de services, les ressources actuelles et requises sont estimées, afin de présenter un portrait (idéal) de ce que devrait comporter l'organisation des services de la Montérégie.⁴ Un écart important existe entre ces deux variables: l'acquis et le requis. On parle d'un

¹«Cet indicateur n'est pas significativement différent de celui de la province de Québec. Il a par ailleurs été impossible de conserver des indicateurs sous-régionaux significatifs, l'échantillonnage par territoires de département de santé communautaire étant insuffisant pour supporter une analyse plus fine (*PROS.SMM*, p. 77).»

²«Cela remet également en lumière l'importance de donner aux indicateurs et aux chiffres concernant la santé le sens qu'ils recouvrent et d'éviter les glissements dont il est fait mention ici, surtout si ces chiffres sont utilisés pour l'évaluation des besoins de services (Bellerose et Delisle, 1994).»

³Les services années correspondent au nombre d'activités, d'entrevues, d'interventions, de jours ou d'heures de services dont une personne a besoin au cours d'une année (exemple: 2.1.1 «programme d'intervention de groupe de première ligne auprès de personnes vivant dans la communauté», 2,5% de la population, 27 228 personnes, 2 act. - services/années -, 480 ressources/années; - 1 act.=3.5 heures -). Les ressources années représentent le coefficient de conversion des services requis en ressources physiques ou humaines. CRSSSM, *PROS.SM*, p. 80, tableau 4 & CRSSSM, *Validation des objectifs de santé mentale*, juin 1990, p. 14-a.

⁴«L'analyse financière a été effectuée à partir des données fournies par le ministère (SIFO) et des rapports financiers annuels des établissements. L'analyse financière n'inclut pas les données en provenance de la Régie de l'Assurance-Maladie (RAMQ), responsable du paiement des actes médicaux. Les salaires versés aux médecins ne relèvent pas des établissements publics. Les données ont été produites

manque à gagner en services, ressources humaines et financières de plus de 96% pour le niveau de la première ligne et de la crise, c'est-à-dire que le budget actuel disponible ne correspond qu'à 4% du budget requis de 25 millions de dollars pour répondre aux besoins de la population. En services spécialisés pour la clientèle de 0 à 17 ans, les services sont déficitaires à 88%; pour les 18 à 64 ans, à 66%. Aucun budget n'est comptabilisé pour les services spécialisés des 65 ans et plus, quoique cette clientèle reçoit des services du PROS pour les personnes âgées:

«le MSSS dans le dossier d'allocation de ressources interrégionales a spécifié qu'en 1986, le per capita de la Montérégie est de 31.56\$, soit 26.37% du per capita provincial. Le total des ressources disponibles en santé mentale dans la Montérégie lors de l'élaboration du *PROS.SMM* est estimé à 26 millions pour 1,2 millions de personnes. Alors qu'en répartissant également les ressources financières consacrées à la santé mentale pour l'ensemble de la province, on obtiendrait 144 millions de dollars pour la population de la Montérégie. La Montérégie affiche donc un déficit majeur quant à son réseau de services de santé mentale (CRSSSM, *Texte de la présentation du 26 juin 1991 du PROS.SM au ministère de la santé et des services sociaux*, 1991, p. 16).»

Cette comptabilité de la richesse et de la pauvreté relatives de la région est aussi effectuée pour les sous-régions et les programmes-clientèles.¹ Cet exercice vise à répartir plus équitablement l'allocation financière aux niveaux intrarégional et interrégional. Comme la Montérégie est caractérisée comme l'une des régions les plus pauvres en santé mentale du Québec, un budget de développement considérable était revendiqué; faire valoir le plus possible la pauvreté de la région était donc un enjeu central du *PROS.SMM*.

2.4.2. Deuxième étape: participation sous-régionale

Après que les gestionnaires du CRSSSM aient élaboré ce premier travail de conception du *PROS.SMM* en collaboration avec les comités de référence et le CTR.SM, la deuxième étape a surtout eu lieu au niveau sous-régional. Elle a été consacrée principalement à l'identification des distributeurs de services pour les programmes et à la priorisation des programmes-clientèles. Les acteurs des sous-régions ont aussi été invités à «valider les objectifs régionaux et à proposer des

pour l'année 1988-1990. Pour donner une meilleure perception de la situation actuelle, nous avons ajouté au bilan 1988-1989, les budgets de développement alloués en 1990 pour la mise en place de nouveaux programmes d'entraide et de répit (*PROS.SMM*, p. 85).» Les informations ayant servi à l'évaluation de la situation désirée ou des ressources requises sont: l'analyse des taux de prévalence, les indicateurs de besoins, les indicateurs de clientèles-cibles, les indicateurs de consommation de services et les indicateurs de coûts (CRSSSM, *PROS.SM. Synthèse et mise en place du PROS.SM*, décembre 1994, p.10).

¹ «Pour chaque programme, les clientèles potentielles ont été estimées en se basant sur les taux de prévalence. Le choix du taux de prévalence est basé sur les observations tirées des expériences d'ailleurs ou des enquêtes, comme *Santé-Québec*. Pour chaque programme, nous avons soumis les différents taux à un comité d'expert qui a sélectionné le taux à utiliser. Par la suite, le comité tripartite approuvait ce taux. Par exemple, pour le programme d'intervention individuelle et familiale, nous avons pu obtenir le taux de prévalence (nombre de cas par rapport à la population totale) de cinq CLSC qui donnent partiellement les services prévus à l'intérieur de ce programme. Le comité d'expert a fixé le taux visé à 2.4% qui est près de la médiane (2.22%). En appliquant ce taux à la population, nous aurons une clientèle potentielle de 26,139. C'est ce chiffre que nous avons choisi comme niveau de besoins à satisfaire pour ce programme. Tous les choix ont ainsi été faits pour les 32 programmes. Remarquons que pour les programmes qui existent et qui fonctionnent depuis longtemps, le taux de prévalence est valide. Cependant pour les programmes nouveaux ou ceux qui ne fonctionnent pas à un rythme régulier (comme l'exemple choisi), il faudra réviser constamment ces taux. C'est un objectif de l'évaluation du plan. La clientèle potentielle de chaque programme et leurs équivalences en ressources requises ont ainsi été déterminées (CRSSSM, *Méthodologie de la présentation des plans régionaux de services*, document non daté).»

moyens pour les opérationnaliser (*PROS.SMM*, p. 16)». Ces acteurs étaient au nombre de 15 par sous-régions: Longueuil-Est, Longueuil-Ouest, Valleyfield, Châteauguay, Granby, Cowansville, Sorel, St-Jean et St-Hyacinthe. La distribution des acteurs au sein de ces comités, comme pour le CTR.SM, était tripartite. C'est donc le changement majeur par rapport aux comités sous-régionaux précédents (1986 - voir la section 2.3.1 -). Les programmes du *PROS.SMM* ont été priorisés au niveau sous-régional selon deux critères: l'importance d'un programme pour la clientèle et le niveau de financement de ce programme. Les acteurs organisationnels se retrouvent distributeurs principaux ou collaborateurs obligatoires ou non de la définition de la programmation et de la prestation des services (modèle de répartition des responsabilités des acteurs du réseau).¹ Les rôles et les responsabilités des différents distributeurs de services du système de santé mentale ont donc été clarifiés, «l'ambiguïté des mandats des divers organismes et établissements constituant un obstacle au véritable partenariat».² Notamment, pour le niveau de la prévention/promotion, les distributeurs principaux sont: les organismes communautaires, les DSC et les CLSC. Les programmes de première ligne et d'intervention de crise sont, pour leur part, sous la responsabilité (distributeurs principaux) des CLSC et des organismes communautaires. Enfin, selon les programmes, les organismes communautaires, les ressources alternatives, les CLSC, les CH et le CSS Richelieu sont appelés à intervenir comme distributeurs principaux pour le niveau des services spécialisés.

Le modèle de répartition des ressources du *PROS.SMM* est articulé en fonction de l'équité interprogramme et intrarégionale.³ Les fonds sont d'abord répartis selon les niveaux d'intervention, ensuite selon l'indice de richesse de chacune des sous-régions (répartition effectuée au niveau régional: CTR.SM) et enfin selon les programmes priorisés dans les sous-régions (CTSR.SM). Les programmes, dont les fonds sont disponibles, font alors l'objet d'un appel d'offres, auquel les distributeurs répertoriés à l'intérieur du *PROS.SMM* sont sollicités à répondre. Notons que les barèmes de budgétisation sont mis de l'avant par la régie régionale en collaboration avec ses partenaires sous-régionaux.⁴ Cette procédure d'appels d'offres n'est plus actuellement en application dans la région, en raison notamment de la lourdeur du processus.

¹ «Le distributeur principal est responsable de la plus grande partie des services d'un programme. Il devra travailler en collaboration avec un second distributeur responsable de la prestation d'une partie des services lorsqu'un collaborateur obligatoire a été désigné. Pour tous les programmes, on a identifié des collaborateurs qui pourront participer à la planification, à la prestation ou à l'évaluation d'un programme. Lorsqu'il y a plus d'un distributeur principal, les distributeurs désignés sont conjointement responsables du programme. Quant aux collaborateurs, ils supportent les responsabilités principales et peuvent offrir une partie des services requis par la programmation (CRSSSM, *PROS.SM*, p. 132).»

² CRSSSM, *Texte de la présentation du 26 juin 1991 du PROS.SM au ministère de la santé et des services sociaux*, p. 10.

³ Soulignons le problème en matière de décentralisation sous-régionale de l'inadéquation des territoires de CLSC ou des MRC et des territoires de départements de psychiatrie.

⁴ «Disons qu'on a un budget de développement ou de réallocation, comment est-il distribué? L'équipe des experts à la régie régionale en collaboration avec deux ou trois représentants délégués par sous-régions va produire un cadre de référence. Quand le cadre est adopté, on retourne dans les sous-régions. Il y a un appel de projets. Les sous-régions soumettent des projets. Ces derniers étant rentrés, il y a un autre comité qui est formé pour s'occuper de l'admissibilité et du choix des projets. Une liste de projets acceptables est rédigée. Par exemple, dans la sous-région du Richelieu Yamaska, il y a dix projets qui ont été retenus. Quand cela est fait, il faut retourner aux tables sous-régionales pour

La notion d'équité sous-régionale tient surtout compte de données quantitatives, ce qui est critiqué par plusieurs. Certaines données socio-économiques ont été intégrées dans la formule d'équité, mais qu'à la marge dans les calculs financiers du *PROS.SMM*.¹ Pour certains acteurs, le concept de l'équité des services a par ailleurs un effet pervers dans un contexte de compression budgétaire (voir les deux dernières citations en exergue). La comptabilité du principe d'équité en termes d'accessibilité de services est enfin questionnée par les organismes communautaires:

«l'allocation financière suivant le principe d'équité est fondée sur une formule de péréquation qui pondère les nouvelles attributions de fonds en tenant compte, notamment, des subsides déjà accordés dans le secteur global de la santé mentale (ressources institutionnelles et communautaires confondues) et de la taille de la population dans chacune des régions du Québec. Cette méthode de calcul défavorise l'implantation des ressources communautaires là où les régions sont «richement» dotées en institutions. Ensuite, elle est mal adaptée aux disparités démographiques et économiques des régions (RRASMQ, *Pour un bilan alternatif de «La Politique de santé mentale» du Québec*, 1995, p. 14).»

«À trop vouloir rendre équitable la disponibilité de services, on ne fait qu'en bout de ligne saupoudrer l'argent et ainsi appauvrir tout le monde (un représentant d'un CTSR. SM).»

«Le principe d'équité est intéressant. Parfois, on aurait cependant pu investir par exemple 30 000 \$ dans un service particulier, plutôt que d'allouer les fonds à plusieurs services. Cela aurait eu un impact plus important par rapport à l'efficacité du système (une représentante du CTR.SM).»

2.4.3. Troisième étape: participation de la population et implantation des TSR

Le *PROS.SMM*, élaboré par l'instance régionale en collaboration avec les comités de référence, le CTR.SM et les CTSR.SM, est par la suite soumis à une consultation élargie, auquel sont invités tous les partenaires n'ayant pu jusque là se joindre aux travaux du *PROS.SMM*:

«Au-delà de 1300 documents de consultation ont été expédiés à tous les partenaires. Un avis public a également été publié dans les journaux. Au total, 62 questionnaires ou mémoires ont été reçus et 18 groupes se sont présentés lors de trois journées d'audience. [La consultation élargie souligne entre autres: «l'importance de coordonner les services, de travailler en concertation avec tous les acteurs concernés et d'instaurer un véritable partenariat. Cependant la collaboration entre les services publics et les organismes communautaires suscite l'inquiétude de plusieurs. Afin de faciliter la concertation, on demande que les CTSR deviennent des structures permanentes. L'importance d'instaurer une gamme complète de services dans chaque sous-région est aussi soulevée (CRSSSM, *PROS.SM, annexe: consultation élargie*, 1990, pp. 6-7).»] De plus, une consultation a été réalisée auprès de 150 personnes éprouvant des difficultés de santé mentale ou de membres de leurs familles (*Ibid.*, p. 3.) «Cette consultation met en relief le désir de participation des usagers à la planification et à l'évaluation des services; cependant beaucoup d'abstention dans les réponses sont relevés aux questions plus complexes quant à l'organisation des services en tant que telle (Collectif de

présenter les résultats du comité. Les sous-régions ont un avis à donner là-dessus. Le conseil d'administration de la RRSSSM prend la décision finale. On est redevable au conseil d'administration de la RRSSSM (un gestionnaire de la RRSSSM).»

¹ «En plus de tenir compte des caractéristiques géographiques, une distribution équitable des ressources entre les sous-régions devrait tenir compte de certaines caractéristiques sociodémographiques ayant un impact sur la santé mentale de la population, comme par exemple le taux de chômage, le niveau de pauvreté, le taux d'inactivité. On ne peut pas à l'heure actuelle allouer les ressources en fonction de ces facteurs. La poursuite de l'évaluation des besoins des clientèles particulières, nous permettra éventuellement d'apporter des ajustements au modèle de répartition des ressources développé dans le *PROS.SM*. (*PROS.SMM*, p. 145)»

défense des droits de la Montérégie, *Rapport de consultation auprès de la clientèle dans le cadre de l'élaboration du PROS.SM*, 1990, p. 4).»

Au début des années 1990, en raison de l'élargissement du mandat octroyé par le ministère aux conseils régionaux, le CRSSSM reconsidère, par ailleurs, la configuration de ses structures internes et externes.¹ Les CTSR.SM sont remis en question lors de cette étape. Ils ne sont plus jugés adéquats pour faire face à la réforme. Cette réflexion de l'adéquation des structures du CRSSSM concorde aussi avec l'arrivée d'un nouveau directeur général qui met de l'avant l'idée de la décentralisation, affirment des gestionnaires de la RRSSSM interrogés en cette matière. La grandeur du territoire, la consolidation des dynamiques sous-régionales et l'existence d'un bassin suffisant de ressources dans les différents territoires de la Montérégie expliquent le recours à une structure sous-régionale. Dès le milieu des années 1980, le CRSSSM avait sollicité les tables des directeurs généraux sur des questions d'intérêt régional (voir la section 2.3.1). Des structures régionales davantage représentatives de la distribution des services et répondant davantage aux enjeux de la réforme devaient cependant être mises sur pied. En 1987, est ainsi créé un comité de révision des structures de l'instance régionale. Deux tournées de consultation sous-régionale sont organisées, suivies d'un colloque régional portant sur les structures participatives au printemps 1992, dans lequel certaines tendances, centrales pour la suite des travaux, sont à souligner (voir les deux dernières citations en exergue). Cette période de consultation avait été précédée par l'implantation de deux projets pilotes de tables sous-régionales multisectorielles (multi-PROS) dans les sous-régions de Châteauguay et de Sorel. Ces projets pilotes ont notamment permis de constater :

«le développement d'une solidarité sous-régionale articulée autour d'une plus grande intégration des services. Il est aussi souligné que les responsables des établissements et des organismes communautaires d'une sous-région ont une meilleure connaissance des problèmes spécifiques de coordination de services et des marges de manoeuvre dont ils disposent face à ces mêmes problèmes (CRSSSM, *Rapport du Colloque régional sur les structures participatives*, tenu à Longueuil le 2 mai 1992, p. 5).»

«d'abord, la ferme intention des gestionnaires du niveau sous-régional de travailler ensemble localement pour mieux coordonner les activités du réseau et réussir une mise en commun des ressources, afin de solutionner les problèmes locaux d'organisation et de prestation des services. Les sous-régions souhaitent aussi fonctionner dans le cadre de politiques et de programmes issus de l'entité régionale (RRSSSM, *Structures d'organisation internes et externes de la RRSSSM*, 1993, p. 5).»

«Ce qui ressort avant tout parmi les préoccupations des participants et participantes, c'est la crainte qu'un rapport de force s'établisse entre les organismes communautaires et les établissements. Cette crainte s'appuie sur des considérations diverses, telles que le manque de formation des organismes communautaires, la résistance des établissements envers les nouveaux paradigmes véhiculés par ces derniers, la disponibilité financières et humaines pour participer aux structures. Les gens craignent aussi la lourdeur des structures (...) et qu'elles ne servent seulement à entériner des décisions déjà prises. On aurait préféré un rôle décisionnel

¹Seules les structures externes de la RRSSSM sont examinées.

pour les tables sous-régionales (CRSSSM, *Rapport du Colloque régional sur les structures participatives*, tenu à Longueuil le 2 mai 1992, p. 5)...»

Suite à ces projets pilotes et à cette période de consultation, des tables sous-régionales (TSR), dont la responsabilité est déléguée à des conseillers sous-régionaux de la RRSSSM, sont introduites. La Montérégie est l'une des seules régions à avoir développé ce type de structure. Les TSR diffèrent significativement des structures de participation antérieures qui favorisaient la cohésion entre un même groupe d'établissements ou entre les acteurs du réseau de la santé mentale. L'implantation des TSR pousse à la décentralisation et à la démocratisation du système et à la coordination des activités sociosanitaires. Les TSR apparaissent néanmoins davantage comme des outils au service de la RRSSSM qu'au service des sous-régions, quoiqu'une dynamique propice à la création de réseaux sous-régionaux davantage intégrés soit actuellement en émergence (voir le chapitre 4).

L'implantation des TSR en 1993 remet en question l'existence des CTSR.SM comme structure principale de participation sous-régionale de la RRSSSM pour ce programme. Les CTSR.SM deviennent consultatifs aux TSR. Les CTSR.SM ne sont ainsi plus reconnus directement par la RRSSSM. La RRSSSM invite toutefois les TSR à s'arrimer aux CTSR.SM. Sept TSR sont implantées: Longueuil, Châteauguay, Cowansville-Granby, St-Hyacinthe, St-Jean, Sorel et Valleyfield. Les TSR ont comme objectifs de stimuler une dynamique sous-régionale, d'opérationnaliser les orientations régionales des différents PROS et de reconfigurer le système selon les compressions budgétaires et le virage ambulatoire. Le rôle des TSR touche singulièrement les aspects d'organisation de services, de priorisation des besoins de services, d'allocation et de gestion des compressions¹, de coordination et d'intégration des services aux niveaux intersectoriel et multiprogramme.² Les TSR sont tripartites, formées à 40% d'organismes communautaires, à 40% des établissements et à 20% de l'intersectoriel. Les TSR, comme les CTSR.SM et le CTR.SM, ont un pouvoir de recommandation auprès du conseil d'administration de la régie régionale qui, de par la loi, est responsable de l'implantation des PROS (imputabilité administrative auprès du MSSS). Pour le programme de santé mentale, les TSR s'arriment aussi au CTR.SM qui est demeuré dans la structure officielle de la RRSSSM:

«S'il y a une consultation pour une allocation budgétaire, on va, d'une part, interroger le CTR.SM sur les propositions qu'on met de l'avant pour être conforme au PROS.SM. Le CTR.SM est un peu comme «le chien de garde» du PROS.SM. On va aller, d'autre part, consulter la TSR. Donc, les deux instances sont concernées: l'une pour l'aspect local de l'organisation des services et l'autre pour l'aspect conformité au PROS.SM. Cet exercice

¹ La RRSSSM répartit le montant des compressions pour la région à chaque sous-région. Les TSR, auxquelles s'arriment les directeurs généraux des établissements publics et privés conventionnés et les présidents de ces conseils d'administration, s'entendent alors sur la répartition des compressions sous-régionales et présentent un plan d'organisation des services pour les compressions. D'après un gestionnaire de la RRSSSM, la Montérégie serait l'une des régions ayant le plus décentralisé sa gestion des compressions.

² CRSSS, *Rapport du Colloque régional sur les structures participatives*, tenu à Longueuil le 2 mai 1992, septembre 1992, p. 19.

s'effectue en lien avec le conseil d'administration de la RRSSSM qui va statuer en bout de ligne. C'est là que se prend la décision finale (un gestionnaire de la RRSSSM).»

Un conseiller par sous-région est délégué par la RRSSSM pour supporter les TSR, sauf pour la sous-région de Longueuil où ils sont deux étant donné l'importance du territoire. Ces conseillers sous-régionaux remplacent les agents de liaison en santé mentale de l'ancienne structure des CTSR.SM, qui couvraient chacun plus d'une sous-région. Comme ces conseillers s'occupent de tous les programmes pour une sous-région, un expert par programmes-clientèles à la région sert de support technique. La RRSSSM entend, dans un avenir prochain, augmenter en sous-région le nombre de ces conseillers sous-régionaux, puisqu'il demeure difficile à un seul conseiller de suivre l'ensemble des dossiers des programmes-clientèles d'une sous-région (propos d'un gestionnaire de la RRSSSM).

À partir de 1993, les structures de concertation développées pour le *PROS.SMM* sont ainsi remplacées par les tables multiprogrammes. Cette modification complexifie l'évaluation d'un PROS en particulier (notamment du PROS.SM), puisque l'opérationnalisation de tous les PROS est dès lors confondue dans les nouvelles structures participatives de la RRSSSM. D'après plusieurs personnes interrogées, la santé mentale n'est aussi plus autant prise en compte dans les priorités de gestion régionale, puisqu'elle se retrouve «noyée» parmi les autres programmes-clientèles. Aux TSR, il n'y a plus qu'un ou deux représentants pour le programme de santé mentale. Une telle structuration devrait cependant permettre une meilleure coordination de la santé mentale aux autres programmes de santé.

2.4.4. Quatrième étape: arrimage de comités par programmes-clientèles aux TSR

Après trois années de fonctionnement, la RRSSSM remet en question l'organisation et le rôle des TSR. Étant interpellées tout azimut et n'ayant pas un rôle assez opérationnel, le mandat des TSR devrait davantage être focalisé. La structuration tripartite des TSR, bien que non remise en cause, est aussi réexaminée dans ses proportions: 40% pour l'institutionnel, 40% pour le communautaire et 20% pour l'intersectoriel. Les établissements ne considèrent pas y être adéquatement représentés. La mise à terme des PROS (1996), autres que celui de la santé mentale, ordonne également que soit revue la structure des TSR. La RRSSSM préconise ainsi l'arrimage de différents comités par programmes-clientèles aux TSR. Pour chaque programme, un coordinateur pourrait être nommé; ces derniers formeraient les TSR. On pense aussi y mobiliser les présidents des conseils d'administration des établissements, puisque leur appui s'avère essentiel pour l'opérationnalisation des décisions des TSR. Actuellement, les TSR rassemblent surtout des directeurs généraux d'organisations et les comités d'experts par programmes-clientèles, surtout des intervenants.

En Montérégie, tous les PROS ont été finalisés durant l'année 1996 à l'exception de la santé physique. Ce programme, en raison de l'importance des activités à couvrir, exige davantage l'élaboration de plans d'actions pour des problématiques particulières. Par exemple, la RRSSSM a rédigé un plan d'actions en oncologie et pour l'hémodialyse.¹ Le *PROS.SMM* établissait les modalités d'opérationnalisation des objectifs poursuivis par la planification régionale. Les autres PROS s'apparentent plutôt à des planifications stratégiques, le volet opérationnel étant relégué à la Direction de la coordination à la RRSSSM qui transige avec les TSR. Cette façon de procéder appert plus conforme à un contexte en mouvance (voir le chapitre 3). Les objectifs généraux des plans et les échéanciers de réalisation des activités demeurent toujours planifiés dans les PROS. L'opérationnalisation des programmes-clientèles, autres que la santé mentale, obligeait ainsi à instituer des structures participatives sous-régionales où les acteurs organisationnels puissent se mobiliser par programmes. Lors de l'élaboration des PROS, des comités régionaux pour chaque programme-clientèle ont aussi été constitués.² Contrairement aux CTSR.SM et au CTR.SM, leur mandat ne se limite néanmoins qu'à élaborer la planification.

Le présent chapitre visait donc à inscrire l'intervention PROS.SM dans le contexte des réformes sociosanitaires et de la santé mentale, pour comprendre l'importance et l'originalité de l'outil de gestion comme régulateur de la transformation du système de santé mentale. Nous voulions aussi cerner les conséquences de ces réformes sur le pouvoir structurant des PROS.SM. Les trois chapitres suivants, constitués sous forme d'articles, tentent d'identifier l'impact de la planification régionale, spécifiquement des PROS, sur la structuration de la réforme de la santé mentale. Par l'évaluation de la mise en oeuvre et des effets du *PROS.SMM*, le chapitre 3 examine la contribution de cet outil de gestion à l'implantation de la réforme de la santé mentale en Montérégie. Le chapitre 4 s'intéresse à un des mécanismes centraux de mise en oeuvre du *PROS.SMM*: le partenariat. Le chapitre 5 propose un modèle intégré de distribution des services de santé mentale et évalue l'adéquation des réseaux régionaux à ce modèle via l'étude des planifications régionales, principalement des PROS.SM. En plus de procéder au bilan des résultats de cette thèse, la conclusion ouvre sur des pistes de recherche à mettre de l'avant pour poursuivre l'implantation de la réforme de la santé mentale au Québec et présente un modèle de planification des services encourageant la coordination et la décentralisation des activités en santé mentale.

¹Le processus d'élaboration des plans d'actions est moins exigeant qu'il l'est pour les PROS en termes de collecte de données et de consultation.

²Pour chaque PROS, un comité d'experts a été nommé. Le comité est constitué d'intervenants sous-régionaux des établissements, du communautaire et de l'intersectoriel. La structure ne respecte pas stricto sensus la distribution tripartite des CTSR.SM, du CTR.SM et des TSR. Ce comité est consultatif à la Direction de la planification de la RRSSSM qui élabore les PROS. Après, il y a des voies plus élargies de consultation.

CHAPITRE 3 : Rôle des outils de gestion dans la production d'un changement stratégique. La contribution du PROS de la Montérégie à l'implantation de la réforme des services de santé mentale (premier article)

Résumé

Cet article s'intéresse aux conditions d'implantation d'un changement stratégique, particulièrement au rôle des outils de gestion dans ce processus. Par une étude de cas effectuée en Montérégie, *Le Plan régional d'organisation des services de santé mentale* (PROS.SM) est évalué relatif à la mise en oeuvre de ses objectifs de planification, qui sont balisés par *La Politique de santé mentale* (1989), et de ses mécanismes d'opérationnalisation. L'analyse tente de mieux comprendre l'interaction de processus stratégique, contextuel et temporel sur la mise en oeuvre de la planification régionale. L'article conclut au pouvoir relativement structurant du PROS.SM comme outil de gestion et comme mécanisme d'actualisation de la réforme des services de santé mentale dans ce territoire sociosanitaire. L'impact du PROS.SM est néanmoins de nature incrémentielle; à ce stade-ci, il a produit surtout des effets de type intermédiaire. Il apparaît ainsi important de consolider les outils de gestion servant à la planification régionale dont le PROS.

Introduction

Dans le contexte des sociétés contemporaines, comprendre les mécanismes de mise en oeuvre d'un changement stratégique s'avère essentiel. Plus que jamais, les organisations et les réseaux sont soumis à l'impératif du changement afin de demeurer efficaces par rapport à la demande sociale. En 1989, par *La Politique de santé mentale* (PSM, 1989), le gouvernement québécois a notamment tenté d'introduire des modifications aux régulations de ce secteur des services sociosanitaires. L'articulation de la réforme s'est effectuée au niveau régional par les plans régionaux d'organisation des services de santé mentale (PROS.SM) qui poursuivent les objectifs de reconfiguration tracés par la PSM tout en étant modulés par les dynamiques des territoires sociosanitaires. Les outils de gestion, dont la planification, sont d'ailleurs souvent élaborés pour structurer un domaine d'intervention. Les outils de gestion sont ainsi considérés comme des instruments de rationalisation et d'institutionnalisation de l'ordre social, tout à la fois perpétuant l'inertie sociale et étant moteur de changements. En plus des outils de gestion, la configuration du contexte socio-économique et du domaine d'intervention et le rôle des protagonistes contribuent à l'implantation d'une réforme. Analyser un projet de transformation des régulations d'un secteur d'activités implique donc de cerner les stratégies et les déterminants de sa mise en oeuvre, lesquels encadrent ses effets.

Par une étude de cas, cet article propose de mieux comprendre les balises de l'actualisation d'une réforme, principalement d'identifier le rôle des outils de gestion dans ce processus. Il s'agit d'étudier, par la mise en oeuvre du PROS.SM de la Montérégie (*PROS.SMM*) et de ses effets, à quel point cette intervention a permis la rencontre des objectifs de reconfiguration de la réforme des services

de santé mentale. Le *PROS.SMM*, qui est défini comme un outil de planification complexe et dynamique, tend à atteindre des objectifs technocratiques, démocratiques et de structuration. Dans le parcours de la *PSM*, il vise aussi à reconfigurer le système en fonction d'un nouvel archétype. La première section de cet article, présente le *PROS.SMM* en tant qu'instrument de gestion et par rapport au mouvement de reconfiguration que constitue la *PSM*. L'analyse s'inscrit dans les approches institutionnaliste, contextualiste, incrémentielle et contingente en théorie du changement. Ce dernier est ainsi interprété comme un processus contextuel et diachronique. Les approches théoriques et méthodologiques, qui encadrent cette recherche, sont présentées à la section 2 de cette étude. D'une part, l'impact des déterminants (environnementaux et du réseau) sur l'implantation du *PROS.SMM* et le rôle des protagonistes et des outils de gestion dans ce processus sont cernés (section 3). Les effets de l'intervention sont d'autre part examinés (section 4). L'interaction des différents mécanismes de mise en oeuvre d'une réforme, singulièrement le rôle des outils de gestion dans ce processus, est discutée en conclusion. D'un point de vue empirique, cette étude permet de mieux définir les PROS et d'effectuer le bilan de l'implantation et des effets de cette intervention pour la région sociosanitaire de la Montérégie. D'un point de vue théorique, la recherche contribue à mieux clarifier le rôle de la stratégie et de facteurs contextuels et temporels dans la mise en oeuvre d'une réforme. L'article s'avère aussi pertinent pour mieux comprendre les enjeux de la réforme des services de santé mentale au Québec et de la planification régionale.

3.1. La réforme des services de santé mentale et le *PROS.SMM*

Depuis la fin des années 1980, beaucoup d'énergies ont été mobilisées pour reconfigurer les services de santé mentale au Québec. Cette tendance s'inscrit dans une dynamique internationale de reconfiguration pour ce secteur (Corin *et al.*, 1986). Particulièrement, la *PSM* (1989) a mis en relief: 1) l'absence de consensus sur la notion de santé mentale, 2) des interventions mal adaptées aux besoins des personnes, 3) une préoccupation insuffisante pour le milieu de vie des personnes, 3) des lacunes quant à la qualité des services, 4) la répartition inéquitable des ressources, 5) un équilibre difficile à atteindre entre le recours au modèle institutionnel et l'intégration au milieu de vie naturel et 6) le fonctionnement cloisonné des structures. Pour faire face aux problèmes diagnostiqués de la structuration des services de santé mentale, la *PSM* institutionnalise la notion de santé mentale (conception biopsychosociale) et la régionalisation des services est mise de l'avant. La décentralisation soutient la constitution de réseaux coordonnés et continus de services de santé mentale, qui doivent s'organiser en fonction d'une gamme de services comprenant:

l'information, la promotion/prévention, les services de base¹, le traitement spécialisé, le support aux familles et la réadaptation/réintégration sociales (*PSM*, 1989).

L'institutionnalisation de la notion de santé mentale et la constitution de réseaux régionaux de services supposent une modification substantielle de la régulation du système. La réforme des services de santé mentale est ainsi interprétée comme visant à imposer un nouvel archétype (voir le tableau 1). Les archétypes sont définis comme des structures et des processus - système de gestion - liés à un système d'idées et de valeurs - schème interprétatif - (Greenwood et Hinnings, 1993; Denis *et al.*, 1995). Les archétypes sont des généralisations de pôles de configuration que le système tend à atteindre. Ainsi, le système de santé mentale avant la réforme est perçu, selon son schème interprétatif, comme un réseau hospitalocentrique. Les services sont donc essentiellement de nature psychiatrique, lesquels supportent la notion de maladie mentale. Le système de gestion est balisé par une logique professionnelle et par une gestion par objectifs organisationnels. Le nouvel archétype, prôné par la *PSM* (et donc les *PROS.SM*), est caractérisé comme un système intégré à plusieurs acteurs organisationnels donnant surtout des services dans la communauté et conservant des pôles spécialisés de services (schème interprétatif). Il favorise aussi une logique politique et une gestion régionale et sous-régionale par programmes et par résultats (système de gestion).

Tableau 1: Archétypes du système de santé mentale

	Archétype 1 (1989)	Archétype 2 (réforme de la santé mentale)
1. Schème interprétatif	*maladie mentale	*santé mentale
	*services psychiatriques	*services communautaires avec pôles de spécialisation
	*système hospitalocentrique	*système intégré à plusieurs acteurs organisationnels
2. Système de gestion		
	*logique professionnelle	*logique politique
	*gestion par objectifs organisationnels	*gestion régionale et sous-régionale par programmes et par résultats

Pour répondre à ces enjeux de restructuration, les régions sont appelées, par le ministère, à planifier et à gérer l'organisation des services de santé mentale à l'aide des *PROS*. Ces derniers sont ainsi les principaux mécanismes de reconfiguration des systèmes régionaux, suivant les objectifs tracés par la *PSM* et respectant les dynamiques des régions. Dirigés par les régies régionales (RRSSS), les acteurs des régions sont mobilisés sur des comités tripartites pour planifier

¹Les services de base correspondent dans le *PROS.SMM* aux services de premières lignes et de crises. 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» CRSSSM, *Texte de la présentation du 26 juin 1991 du PROS.SM au ministère de la santé et des services sociaux*, p. 5. Soulignons l'imprécision de la notion de services de base (Le bilan d'implantation de la Politique de santé mentale, 1997).

l'organisation des services: les établissements, les groupes communautaires et l'intersectoriel.¹ L'élaboration du *PROS.SMM* s'échelonne de 1989 à 1991. Autres que des objectifs de structuration de services, le *PROS.SMM* poursuit des objectifs technocratiques et démocratiques (voir le tableau 2). Le *PROS.SMM* vise notamment à mieux reconnaître les services dispensés par les organismes communautaires en consolidant leur financement et le rôle de l'intersectoriel et des CLSC dans la distribution des services de santé mentale. Il s'efforce aussi à plus circonscrire les services psychiatriques qui doivent être également davantage donnés dans la communauté. Par la mise sur pied de structures participatives régionales et sous-régionales, l'accent est aussi mis sur la coordination des services et la mise en place de services continus, c'est-à-dire la création de réseaux sous-régionaux intégrés de services de santé mentale. De plus, le *PROS.SMM* entend parfaire les connaissances du réseau sous l'angle des besoins de la clientèle et de la distribution des services. Dans le but d'améliorer l'efficacité du système, la pertinence et la qualité des services, les mandats des acteurs sont précisés en fonction de la gamme de services; des objectifs et des résultats pour le réseau sont identifiés et un système d'évaluation est développé. La rationalisation du système de santé mentale devrait ajuster le réseau aux besoins de la clientèle et améliorer l'équité intrarégionale, interrégionale et interprogramme.

Tableau 2: Objectifs du *PROS.SMM*

Types d'objectifs	<i>PROS.SMM</i> : Objectifs
1. (de) structuration	
	*gamme de services
*objectifs de reconfiguration	*services communautaires avec pôles de spécialisation
	*système intégré (construction d'un réseau régional et de réseaux sous-régionaux)
2. Technocratiques:	
	*améliorer les connaissances: besoins/ressources
	*précision des mandats des acteurs
	*précision des objectifs/résultats pour le réseau
	*efficacité/pertinence/qualité des services (système d'évaluation)
3. Démocratiques:	
	*équité: intrarégionale, interrégionale et interprogramme
*objectifs de reconfiguration	*gestion partenariale
	*ajustement des ressources aux besoins de la clientèle

Le *PROS.SMM* est un document formalisé de planification des objectifs démocratiques, technocratiques et de structuration. Le document a plus de 200 pages. Il est élaboré, comme les autres *PROS.SM* de cette époque, selon la procédure de planification rédigée par le ministère (Voïtchovska, 1989), qui s'inspire des étapes de planification identifiées par Pineault et Daveluy (1986, 1995). Ainsi, le *PROS.SMM* est un exercice de planification stratégique (identification des problèmes, des priorités et des buts), tactique (fixation des objectifs généraux et spécifiques, des

¹ L'intersectoriel rassemble des acteurs des municipalités, des commissions scolaires, des syndicats et de la justice. Des groupes connexes à la santé mentale peuvent aussi être intégrés à ce tiers tels que des ressources s'occupant de problèmes d'itinérance, de violence faite à l'endroit des femmes, etc.

actions pour atteindre les objectifs et prévision des ressources requises) et opérationnelle (détermination des objectifs opérationnels, mise en oeuvre des programmes et évaluation) (Pineault et Daveluy, 1995). Le document de planification est aussi conçu à partir d'outils organisationnels mis de l'avant ou consolidés à cette époque, principalement les approches par programmes et par objectifs/résultats, l'évaluation et les structures de concertation. Ces outils de gestion sont utilisés par les gestionnaires de la RRSSSM pour implanter les objectifs technocratiques et de reconfiguration du système régional.

L'approche par programmes propose de gérer les services non plus en fonction des distributeurs, mais en fonction des besoins recensés de la clientèle.¹ Elle permet aussi d'améliorer l'équité de la distribution des services et la coordination latérale du système. En Montérégie, les besoins des clientèles ont été recensés par l'*Enquête santé Québec* et par des recherches effectuées par le DSP. Les besoins de la clientèle s'établissent selon la gamme de services de la *PSM*. Cette nomenclature est vue comme plus conforme aux besoins des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Aux niveaux régional et sous-régional, les besoins des clientèles sont ainsi comparés aux ressources en services disponibles. Cette comptabilité des besoins versus des services offerts met en relief les lacunes en matière de dispensation de services, ce qui permet d'améliorer l'équité intrarégionale et interprogramme et constitue un véhicule important de revendication en matière d'équité interrégionale. L'approche par programmes tire ses fondements de l'approche matricielle, puisque l'on cherche à introduire pour un domaine d'activités une double structure d'autorité et de prise de décision ainsi que des mécanismes les supportant (Galbraith, 1971, 1972). Les distributeurs de services de santé mentale doivent ainsi répondre à leurs objectifs organisationnels et à ceux identifiés par le *PROS.SMM*. L'amélioration de la coordination latérale d'un réseau régional et de réseaux sous-régionaux joue positivement sur l'efficacité et la pertinence des services (Provan et Miward, 1994, 1995). Afin de répondre à ces différents objectifs, le programme de santé mentale de la Montérégie s'organise en 3 niveaux de services (prévention et promotion, première ligne et services de crise et services spécialisés - deuxième ligne -) et en une nomenclature de 32 sous-programmes composés d'activités sous la responsabilité de distributeurs principaux et de collaborateurs obligatoires ou non.

La planification par objectifs et par résultats tend à financer le système en fonction d'objectifs et d'effets relatifs à l'amélioration de la santé de la population. L'approche par objectifs/résultats s'appuie sur la théorie sur le «management by objectives» (MBO). Initialement développé pour bonifier le rendement des employés par la spécification de responsabilités, de buts poursuivis, de

¹Les services sociosanitaires sont structurés en huit programmes (santé physique, santé mentale, santé publique, jeunesse, alcoolisme/toxicomanie, personnes âgées, déficience physique et déficience intellectuelle) qui s'inscrivent dans cinq champs: santé publique, santé physique, santé mentale, intégration sociale et adaptation sociale.

résultats attendus, qui sont conjointement élaborés entre les employés et les employeurs, le concept prend actuellement des formes plus extensives (Ford et al., 1980; Greenwood, 1981). L'approche par MBO est ainsi jugée efficace pour planifier des stratégies, pour organiser les ressources et pour préciser les responsabilités organisationnelles dans les secteurs public et privé (Covaleski, 1981; Rodgers et Hunter, 1992; Thompson et al., 1981). Particulièrement, l'approche est utilisée pour intégrer les fonctions de gestion, de planification et de contrôle, pour améliorer la compréhension des buts organisationnels, comme mécanismes de contrôle (mesure de la performance et suivi de l'atteinte des objectifs) et pour développer la capacité envers le changement. Les objectifs et les résultats poursuivis se structurent en fonction des professionnels du réseau, des organisations ou de l'ensemble du système de distribution de services. Le *PROS.SMM* s'attache par exemple: «à promouvoir une vision globale de la santé mentale», «à réduire à zéro le nombre de personnes hébergées de façon prolongée dans les services de courte durée du programme d'évaluation et d'intervention avec hébergement», «à rédiger les programmes cadres retenus lors de la priorisation des besoins et à définir les mécanismes d'adaptation des services aux besoins de certaines clientèles», etc.

L'évaluation est l'un des outils centraux du *PROS.SMM*; des procédures de suivi pour les programmes y sont planifiées. Les objectifs poursuivis par l'évaluation sont nombreux: améliorer l'efficacité du système et des services, parfaire l'adéquation des missions organisationnelles aux besoins du réseau, allouer les ressources selon les activités les plus efficaces et pertinentes pour la santé des populations, permettre l'apprentissage et la capitalisation du savoir, légitimer le système établi ou le renouvellement de sa configuration, etc. (Degeorges et al., 1990). Dans le système de santé, l'accent sur l'évaluation rend actuellement compte «de larges zones d'incertitude dans les relations entre les problèmes de santé et les interventions susceptibles de les résoudre, du développement très rapide des nouvelles technologies médicales et des attentes de plus en plus grandes de la population (Contandriopoulos et al., 1993, p.12)». Plusieurs formes d'évaluation sont recensées; Patton (1981, dans Contandriopoulos et al., 1993) en décrit plus de 132 types, par exemple l'analyse de la productivité, des effets, du rendement, de l'implantation, du processus, etc. En Montérégie, l'évaluation des services devrait mesurer la pertinence, la qualité, l'efficacité et l'efficacé des services et l'atteinte des objectifs visés (*PROS.SMM*, p. 195).

Comme autres outils de gestion du *PROS.SMM*, les structures de concertation aux niveaux régional et sous-régional sont mises de l'avant. Ces structures ont pour objectifs d'initier un nouveau partenariat, défini en termes de partage organisé 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 (voir le chapitre 4). L'introduction de structures

participatives démocratise et décentralise la prise de décision, ce qui tend à orienter le système en fonction d'une logique davantage de type politique. Cette dernière est mi-fondée sur un savoir technocratique, mi-fondée sur un savoir expérimental de type plus incrémentiel. Elle est articulée par les gestionnaires des régions et les acteurs sous-régionaux du réseau (Denis *et al.*, 1996).¹ L'association des distributeurs de services à la prise de décision facilite l'implantation d'une réforme. Les structures participatives sont aussi développées afin d'arrimer les services de santé mentale et de contrôler l'articulation du système au *PROS.SMM*. Elles jouent un rôle important en matière d'allocation de ressources. Elles constituent également, pour les gestionnaires de la RRSSSM, un des outils principaux d'information sur la configuration des réseaux. Après la présentation du *PROS.SMM* et des objectifs de reconfiguration poursuivis par la réforme des services de santé mentale, le sous-chapitre suivant inscrit l'article dans les approches théoriques et méthodologiques qui encadrent l'analyse de la mise en oeuvre et des effets du *PROS.SMM*.

3.2. Approches théoriques et méthodologiques

Le corpus théorique traitant du changement organisationnel est fort hétérogène (Demers et Simard, 1993). Les auteurs de ce champ se sont notamment intéressés à la nature du changement (incrémentiel/révolutionnaire; planifié/émergent), à ses processus d'implantation (agents et déterminants) et aux raisons qui l'expliquent (Delly et Amburgey, 1991). Les recherches ont focalisé soit sur le changement technologique ou des processus de travail, soit sur le changement structurel, culturel ou stratégique (Demers et Simard, 1993). Plusieurs auteurs ont tenté une systématisation de cette théorie. Différents modèles d'interprétation ont ainsi été proposés, par exemple «life cycle, teleological, dialectical and evolutionary theories (Van de Ven et Scott Poole, 1994)», «les paradigmes radical et du développement organisationnel qui sont constitués à partir de six postulats (nature et mode d'intégration des éléments de l'organisation, rapport entre l'organisation et son environnement, moteur du changement, définition et fonction de la culture et facteurs qui façonnent l'organisation et la nature de l'homme) (Doyon et Firsirtu, 1991)», «le modèle hiérarchique, psychologique, structurel, politique et du développement organisationnel (Denis et Champagne, 1990)», «the learning model, conflict model, political and Garbage-Can Model (Newman and Noble, 1990)», etc. D'après Pettigrew (1985), les recherches sur le changement s'avèrent cependant davantage de type antihistorique, antiprocessuel et anticontextuel.

¹La logique politique s'inscrit entre la logique technocratique et de concertation. La logique technocratique s'approche des modes classiques de planification retrouvés dans les manuels de gestion des entreprises. Comme son nom l'indique, elle tend plutôt à s'appuyer sur des connaissances rationnelles, faisant plus appel aux informations quantitatives. Celle logique privilégie une décentralisation moins accrue du processus organisationnel en sous-région au profit des gestionnaires-technocrates des régions. Le PROS fondé sur la logique de concertation va, pour sa part, chercher son fondement dans l'intersubjectivité des positions prises par les acteurs concernant une problématique de santé. L'information de type qualitative est privilégiée et la participation d'acteurs sous-régionaux de rationalités multiples (institutionnel, communautaire et intersectoriel).

Pour cette étude, quatre perspectives en théorie du changement apparaissent pertinentes, qui comblent les lacunes mentionnées par Pettigrew (1985): l'approche contingente (Drazin et Van de Ven, 1985; Newman et Noble, 1990; Denis et Champagne, 1993), incrémentielle (Johnson, 1988; Quinn et College, 1992; Tushman et Romanelli, 1985; Minzberg, 1978), institutionnaliste (Greenwood et Hinnings, 1993, 1996; Oliver, 1991, 1992; Scott et Meyer, 1991; Berger et Luckmann, 1986; Bourdieu, 1975; DiMaggio et Powell, 1991) et contextualiste (Pettigrew, 1985). D'abord, ces approches insistent sur l'importance d'analyser le changement selon son contexte d'implantation. Les modèles interprétatifs sont ainsi jugés pertinents en raison de la spécificité de l'organisation ou du système à l'étude. Certains modèles sont notamment vus plus significatifs pour analyser des systèmes complexes, par exemple le «political and garbage-can model (Newman et Noble, 1990)». L'approche contingente s'attarde singulièrement sur l'adéquation entre le processus, la structure et le contexte, qui répond de la performance organisationnelle. Les approches institutionnaliste, incrémentielle et contextualiste soulignent la pertinence d'effectuer des études longitudinales. À cet égard, la théorie institutionnaliste est intéressante, car elle éclaire les processus d'institutionnalisation de pratiques et de l'ordre social (définition et prescription de la réalité socialement construite) (Berger et Luckmann, 1986). La notion d'institution est conçue comme un ensemble de règles auxquelles les individus et les organisations doivent se conformer pour être supportés et légitimés (Scott et Meyer, 1991). Selon les secteurs d'activités, l'environnement institutionnel représente la force d'enrôlement la plus importante, au delà de l'environnement technique ou des forces du marché où règne le critère d'efficience. Il en est ainsi du secteur de la santé mentale qui, selon Scott et Meyer (1991), est fort institutionnalisé, mais faiblement imprégné de l'environnement technique. Nonobstant, le changement est étudié, dans ces approches, d'une façon holistique: par l'analyse des archétypes définis en termes de structures et de processus liés à un système d'idées et de valeur (Greenwood et Hinnings, 1993); par l'étude du contexte, des processus et du contenu du changement (Pettigrew, 1985); par l'analyse des conditions environnementales et internes à l'organisation, de l'historique du processus et des protagonistes du changement (Tushman et Romanelli, 1985).

Par ailleurs, ces courants insistent sur l'aspect évolutif de la réalité sociale; le changement est, plus souvent qu'autrement, un processus incrémentiel qui s'effectue sur une longue période et graduellement (Greenwood et Hinnings, 1996; Ramaprasad, 1982). Le structurel est compris dans sa dualité: système de reproduction de la réalité et médium du changement social (Giddens, 1992). Spécifiquement, l'approche incrémentielle met en perspective la présence de cycles de développement: «organizations evolve through convergent periods punctuated by strategic reorientations (or re-creations) (Tushman et Romanelli, 1985, p. 171)». Dans un premier temps, le changement est ainsi perçu comme un processus marginal d'incorporation de nouvelles formes

discursives et de pratiques aux régulations plus anciennes. S'ensuivent des cycles de changements brusques et radicaux, qui sont entraînés par l'évolution du système et enclenchés par un événement catalyseur (interne ou externe à l'organisation). Certaines conditions favorisent ainsi le processus de désinstitutionnalisation des pratiques et des structures (discontinuité dans l'ordre établi, des pratiques, de la vision et de la légitimité) ou l'émergence de changements. Oliver (1992) distingue comme conditions de désinstitutionnalisation des causes organisationnelles et environnementales relatives à des pressions politiques (inefficience organisationnelle, crise d'intérêt, innovation et changement des dépendances externes), fonctionnelles (changement des priorités économiques, augmentation de la spécialisation et de la compétition pour les ressources et avènement de phénomènes sociologiques particuliers) ou sociales (discontinuité historique, organisationnelle, sociale et des structures et changement institutionnel de règles et de valeurs). D'après Greenwood et Hinings (1996), le sentiment d'incorporation à un ordre institutionnel (plus celui-ci est faible, et plus les chances que s'établisse un changement sont considérables) et la perméabilité d'un domaine institutionnel (plus le domaine est perméable à des forces hors institutionnelles, et plus les chances de changements sont importantes) répondent de la propension au changement.

La notion de champ éclaire aussi le processus de changements. Les champs sont définis comme des entités poursuivant les mêmes finalités et étant encadrées dans de mêmes paradigmes (Bourdieu, 1975). Les facteurs de désinstitutionnalisation d'un champ sont surtout externes à lui-même, puisqu'il prescrit le genre et la distribution de capitaux (économique, culturel, social et symbolique) indispensables à sa reproduction. À l'intérieur d'un champ, il y a toutefois des luttes de pouvoir entre acteurs ou organisations, mais les changements importants de sa régulation proviennent surtout de sa périphérie. La confrontation entre les champs modifie l'ordre institutionnel d'un secteur d'activités (Fleury *et al.*, 1998). Pour la santé mentale, trois champs sont répertoriés: les champs alternatif, médical et de la santé (le champ réformiste).

Comme facteur de réussite d'un changement, Callon focalise, quant à lui, sur «l'art de la traduction», c'est-à-dire bien interpréter le réseau où l'innovation (ou le projet de changements de régulation) est implantée. Un projet ne pourra qu'être acheté s'il s'inscrit dans un contexte qui lui est favorable et dans des investissements de formes adéquates. Cette dernière notion désigne «le travail consenti par un acteur traducteur pour substituer à des entités nombreuses et difficilement maniables un ensemble d'intermédiaires moins nombreux, plus homogènes et plus faciles à maîtriser et à contrôler (Callon et Law, 1989, p. 87)». La réduction de la complexité doit néanmoins constituer des intermédiaires suffisamment fidèles des entités de départ (ce qui peut parfois s'avérer difficile sinon impossible en raison de l'absence de représentants pour certains groupes).

Les protagonistes d'une innovation ont ainsi un pouvoir relatif quant à la réception de leur projet. Power (1996, p. 289) affirme, en ce sens, que l'imposition d'une réalité a deux composantes: «the negotiation of a legitimate and institutionally acceptable knowledge base and the creation of environments which are receptive to this knowledge base». Comme autre forme de stratégie, Callon souligne aussi l'importance de mettre en place un centre de traduction qui supporte l'innovation et son évolution au contexte. Le centre de traduction est le lieu de mobilisation du réseau par qui et pour qui l'innovation a été concrétisée.

La formation joue aussi un rôle central comme stratégie de mise en oeuvre d'un projet. Ainsi, le construit «scientifique» d'une intervention (que cette dernière ait une certaine solidité théorique et technique) importe, mais aussi la transmission de cette connaissance et sa reproduction (c'est-à-dire son institutionnalisation dans la pratique et dans les écrits) (Power, 1996). Le projet à développer est ainsi conçu comme un processus émergent dont les qualités sont substantielles au départ, mais dont seuls l'environnement et les stratégies des protagonistes répondent de son implantation. L'introduction d'une innovation est comparée au jeu de *scrabble* (Callon et Latour, 1986). Dans celui-ci, le jeu des acteurs, la disposition de la carte (l'environnement et le réseau) où s'effectue la joute, la chance ou le hasard, les coups mal prévisibles, l'irrationalité ou les coups mal effectués de joueurs peu compétents ou sérieux et le temps qui passe complexifient le processus de traduction. Pour Chin et Benne (1990, pp. 3-4), trois stratégies balisent l'actualisation d'un changement stratégique: les stratégies empirico-rationnelles («on suppose ici que la personne ou le groupe sont rationnels et guidés par la recherche de leur propre intérêt; on suppose qu'ils adopteront le changement proposé si celui-ci est justifié rationnellement et si le proposeur ou les proposeurs peuvent démontrer qu'ils gagneront au change»), normatives-rééducatives («on ne nie pas ici la rationalité et l'intelligence des hommes, mais les modes d'action et de pratique s'appuient sur des normes socioculturelles et sur l'engagement des individus à l'égard de ces normes») et coercitives («elles impliquent la soumission de ceux qui ont peu de pouvoir aux projets, directives et initiatives de ceux qui ont davantage de pouvoir»).

Des outils de gestion sont aussi employés pour supporter l'implantation de changements. Une planification est notamment interprétée comme un outil de gestion, c'est-à-dire comme un instrument qui permet la communication et le contrôle d'une réforme (Mintzberg, 1981, 1994). Les outils de gestion sont des mécanismes ou des processus utilisés par les stratèges pour transformer la vision et les pratiques organisationnelles. L'introduction de nouveaux outils de gestion est à la source de modifications importantes dans une organisation ou dans un réseau. Par exemple, l'élaboration du micro-ordinateur est à la base d'une révolution radicale dans l'art de gérer l'information. De même, l'approche par programmes devrait permettre d'administrer le système

sociosantaire en fonction des besoins répertoriés pour une clientèle ou un problème de santé particuliers (santé mentale, personnes âgées, déficience intellectuelle, etc.), et non seulement en fonction d'organisations. À l'opposé, la reproduction d'outils de gestion constitue une force substantielle de résistance au changement (routinisation de l'action et structuration de la vision). Les outils de gestion sont comparés, par Berry et ses collaborateurs (1983), à une technologie invisible, donc dispositif d'autant plus redoutable. La réforme des instruments de gestion est assimilée à un «gigantesque tremblement de terre (...) dont à tort, on sous-estime que trop souvent leur inertie (Berry *et al.*, 1983, p. 47)».

Il y a plusieurs types d'outils de gestion, conceptuels, informatiques et techniques, dont l'intérêt est aussi multiple: outil d'aide à la décision, à la planification, à la coordination, à l'évaluation, etc. La complexité des outils de gestion diffère sensiblement: d'un seul instrument à un «système» intégrant une multitude d'outils ramifiés dans l'ensemble d'un réseau. Les instruments de gestion sont jugés selon différents angles, par rapport à leur valeur technique - valeur d'usage de l'instrument - et à leur valeur institutionnelle - régulation de rapports sociaux ou de pratiques - (Mayer, dans Berry, 1983). Par ailleurs, les outils de gestion n'ont pas la même importance dans la régulation d'un système, puisqu'ils sont d'institutionnalisation (intégration dans les pratiques et la vision et légitimation), de diffusion (mesure de la connaissance de l'instrument parmi l'ensemble des acteurs d'un réseau) et de complexité variables. L'intérêt de tout outil de gestion est néanmoins de simplifier la réalité qui est opaque et complexe. Le gestionnaire administre la réalité pour diminuer l'incertitude et camoufler l'insécurité existentielle qui survient à chaque crise du système ou de l'organisation. Une dimension de contrôle social, régissant les rapports entre les hommes et les groupes, de préservation de l'ordre, d'imposition de rationalité ou de changements de régulation est ainsi associée à l'usage des outils de gestion.

L'étude des outils de gestion et de leur potentiel structurant pour l'implantation d'un changement varie donc selon les instruments dont il est question. Pour analyser la nature des outils, quatre caractéristiques, qui facilitent ou entravent la mise en oeuvre d'un changement, sont à examiner: le degré de consolidation théorique (ou solidité conceptuelle de l'intervention) et technique (mécanismes de support au développement de l'intervention), d'institutionnalisation, de diffusion et de complexité des instruments (Callon et Latour, 1986; Power, 1996; Berry, 1983). Plus ce degré est important et plus les outils de gestion ont un pouvoir structurant. Par exemple, une intervention organisationnelle complexe (se ramifiant dans l'ensemble des procédures du réseau), fortement institutionnalisée et diffusée parmi les acteurs du système est une stratégie fort structurante. L'implantation d'un projet de changements de régulation qui s'impose comme concurrent à un tel

dispositif ne se fera pas sans difficulté et ne s'effectuera, plus souvent qu'autrement, que d'une façon incrémentielle.

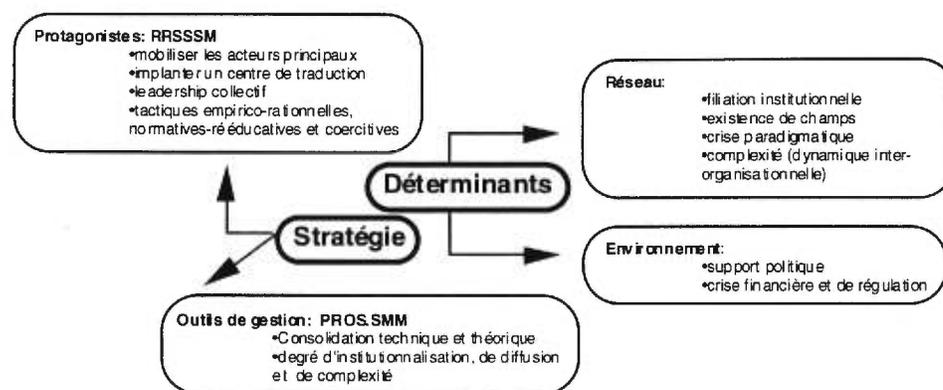
De ce corpus théorique, deux types de changements sont identifiés: stratégiques et émergents. Ces derniers relèvent de causalités structurelles; ils ne dépendent pas d'actes délibérés. Par exemple, l'avancée de la science médicale a encouragé le mouvement de psychiatrisation des personnes affectées par des problèmes de santé mentale; les protagonistes d'une réforme doivent jongler avec les conditions socio-économiques qui encadrent son parcours. Les changements stratégiques sont de type planifié. De plus en plus, la planification, à la base d'un changement stratégique, tend néanmoins 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 intervention telle que le PROS.SM, 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 réforme et de modifier leurs pratiques en ce sens. La légitimité du projet et son support politique se retrouvent ainsi améliorés (Quinn et College, 1992). La planification est davantage interprétée comme une forme de négociation des enjeux du changement, considérant la réceptivité du projet de reconfiguration (Pettigrew, 1985). En fait, aucun changement n'est en soi purement délibéré ou émergent. Cette catégorisation n'est établie que pour mieux saisir les mécanismes d'introduction d'une réforme. Les modifications de régulation pour les services de santé mentale sont par exemple de type planifié; elles résultent au niveau national d'une politique (la PSM) et sur le plan régional du PROS.SM. L'élaboration de la planification (*PROS.SMM*) s'inscrit néanmoins dans une démarche incrémentielle, puisque le plan a pris forme d'un long procédé de consultation (1989-1991).

Les conditions qui balisent l'implantation d'un changement sont aussi caractérisées selon les types émergent ou délibéré (planifié/stratégique). Pour évaluer la mise en oeuvre du *PROS.SMM*, les conditions émergentes considérées sont les déterminants environnementaux et du réseau de la santé mentale de la région (voir la figure 1). Un changement est notamment dans un contexte environnemental propice à son implantation quand il est supporté politiquement et quand il y a une crise de régulation (Oliver, 1992; Callon et Law, 1989; Kuhn, 1983). De même, la propension d'un réseau au changement est plus élevée en période de crise paradigmatique (Oliver, 1992; Kuhn, 1983), lors d'une faible filiation institutionnelle (Greenwood et Hinings, 1996) et lorsque plus d'un champ interagissent (Bourdieu, 1975; Fleury *et al.*, 1998).

Les conditions stratégiques sont relatives aux tactiques des protagonistes de la réforme et aux outils de gestion qui supportent le projet de restructuration. Dans cette étude, le *PROS.SMM*

représente le principal outil de gestion, lequel est constitué des approches par programmes et par objectifs/résultats, de systèmes d'information et d'évaluation et de structures de concertation. Les outils de gestion sont analysés en regard de leur consolidation technique et théorique et de leur degré d'institutionnalisation, de diffusion et de complexité (Callon et Latour, 1986; Power, 1996; Berry, 1983). Les gestionnaires de la RRSSSM correspondent aux protagonistes du changement. Ainsi, ceux-ci doivent: mobiliser les acteurs principaux du réseau de la réforme (Callon et Law, 1989), employer des tactiques empirico-rationnelles, normatives-rééducatives et coercitives (Chin et Benne, 1990), mettre en place un centre de traduction (Callon et Law, 1989) et consolider un leadership de type collectif. Cette dernière condition met en relief l'importance que les protagonistes de la réforme soient vus comme des leaders¹ et qu'ils soient capables de diffuser ce leadership à d'autres acteurs établis à des points stratégiques d'ancrage de la réforme. Cette forme de leadership est plus propre à un réseau aux structures d'autorité relativement fluides, aux finalités et aux moyens incertains, qualifié d'anarchies organisées (Cohen *et al.*, 1974; Denis *et al.*, 1995). Dans la catégorie de la stratégie, les outils de gestion sont différenciés des protagonistes en raison de leur trajectoire relativement autonome et de leur importance comme tactiques d'actualisation de la réforme. Bien que les instances régionales aient le choix de leurs outils de gestion, leur mise en oeuvre est aussi modulée par l'avancement du savoir et des techniques et par les initiatives du niveau national.

Figure 1: Déterminants et stratégie d'implantation de la planification régionale

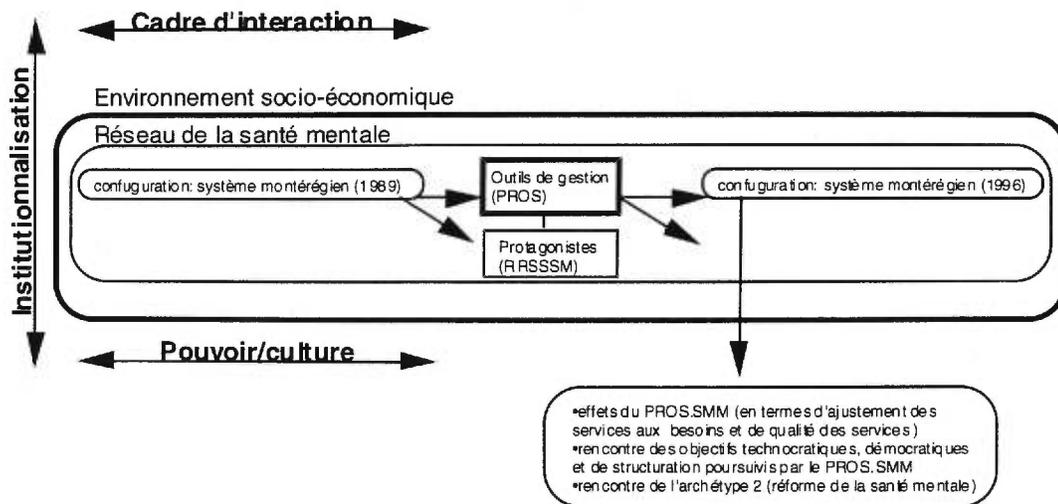


Le modèle conceptuel, qui est élaboré pour examiner la contribution du *PROS.SMM* à l'implantation de la réforme des services de santé mentale, étudie l'interaction entre les conditions de

¹Le leadership est défini par Denis et ses collaborateurs (1995, p. 165) «comme l'ensemble des procédés et processus selon lesquels des acteurs arrivent à rallier les autres membres de l'organisation, à en structurer les activités et à mobiliser des ressources autour de leurs projets».

développement d'un changement (voir la figure 2). Il s'agit d'évaluer, d'une façon comparative, la configuration du réseau de la santé mentale québécois en 1989 et en 1996. La variable dépendante correspond aux effets du *PROS.SMM* en termes d'ajustement des ressources aux besoins et de qualité des services et à la rencontre, par l'organisation des services, des objectifs démocratiques, technocratiques et de structuration du *PROS.SMM*; le réseau québécois devrait se rapprocher de la configuration du système mise de l'avant depuis la *PSM* (soit de l'archétype 2 identifié au tableau 1 de la section 3.1). Les déterminants, l'environnement socio-économique et le réseau de santé mentale, et la stratégie, les protagonistes de la planification régionale - la *RRSSM* - et les outils de gestion - le *PROS.SMM* -, sont les variables indépendantes. L'analyse tient compte de la structuration du pouvoir et de la culture et des processus d'institutionnalisation et d'interaction qui agissent sur la mise en oeuvre du *PROS.SMM*.

Figure 2: Modèle d'analyse du rôle des outils de gestion dans la production de changements



3.2.1. Méthodologie

Pour répondre à la problématique de recherche, nous avons procédé à une étude de cas. Cette méthode est souvent utilisée quand il s'agit d'effectuer une analyse d'implantation, parce qu'elle permet largement d'examiner la complexité des situations, leurs contradictions, la dynamique des processus et les points de vue différents des acteurs sociaux (Pourtois et Desmet, 1989; Patton, 1990; Denis et Champagne, 1990; Contandriopoulos *et al.*, 1990). L'analyse s'appuie sur une mise en contexte du processus d'implantation du *PROS.SMM* à partir d'une revue de littérature substantielle de sources primaires (procès-verbaux, correspondances, documents administratifs,

orientations et politiques régionales et ministérielles, etc.) et secondaires (sur la santé mentale). La source principale de données consiste en un nombre important d'entretiens (n=143) auprès d'une diversité d'acteurs à tous les niveaux d'intervention, qui ont pour la plupart siégé sur l'une ou l'autre des structures de concertation mises en place par la RRSSSM pour concrétiser la planification régionale en ce domaine.¹ Les entrevues étaient de nature semi-dirigée d'une durée moyenne d'une heure trente. En Montérégie, 86 acteurs du réseau de distribution des services ont été rencontrés en entrevue individuelle. De ces entretiens, 31 ont été réalisés avec les acteurs des établissements (CH, CLSC, CR, CA et DSP), 29 avec des coordonnateurs du secteur communautaire (groupes d'entraide, APAMM - associations de parents et d'amis du malade mental - , Collectif de défense des droits, ressources de réadaptation/réintégration sociales et d'hébergement...), 8 avec des professionnels du milieu intersectoriel (justice, éducation, syndicat...) et 18 avec des gestionnaires de la RRSSSM (responsable du programme de santé mentale, directeur de la planification, directeur de la coordination...). Les entrevues collectives ont été effectuées, d'une part, avec 37 usagers de groupes d'entraide et de cliniques externes de départements de psychiatrie et, d'autres part, avec 20 représentants de leurs proches ayant été contactés par différentes APAMM. L'enquête a eu lieu en cinq phases, de l'hiver 1995 à l'automne 1996 pour le personnel du réseau (février 1995, mai/juin 1995, novembre/décembre 1995 et octobre 1996) et en juin 1997 pour les usagers et leurs proches. Cette façon de procéder 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.

Les entretiens, après leur transcription², et les sources d'information documentaires ont été codifiés selon trois dimensions, environnement socio-économique, dynamique propre à la santé mentale et planification régionale (PROS.SM), décomposées en plusieurs variables. Par exemple, l'outil PROS.SM comprend: 1. système de gestion et de financement par programmes et par objectifs/résultats (a. formalisation de la planification et de la gestion par objectifs et résultats, b. gestion par programmes et c. financement par programmes), 2. système d'évaluation (a. consultation périodique par le niveau régional des différents partenaires à des fins de dépistage des problèmes de mise en oeuvre du PROS.SM, b. vérification par le niveau régional de l'utilisation appropriée des sommes allouées, c. développement de systèmes d'information et d'indicateurs de mise en oeuvre) et 3. démocratisation et décentralisation (a. degré de participation aux décisions du PROS.SM et au contrôle de sa mise en oeuvre, b. degré de diffusion de l'information, c. degré d'autonomie des sous-régions à la gestion du PROS.SM). Le PROS.SM est aussi examiné selon

¹ La majorité des répondants ont été sélectionnés par le responsable du programme de santé mentale à la RRSSSM, quelques-uns par les acteurs du terrain (technique «boule de neige»).

² Plus de 1000 pages de transcription de données à interligne simple ont été rédigées. Notons que pour les entretiens avec les usagers et leurs proches, nous avons préféré ne recourir qu'à la rédaction de notes par écrit lors des entretiens. L'enregistrement des entrevues est jugé entraver le discours de ces derniers, en raison de l'aspect fort personnel et confidentiel de l'expérience des personnes.

des variables propres à des effets de coordination latérale, d'ajustement des services aux besoins et de qualité des services.¹

Trois perspectives d'analyse ont encadré la recherche. D'abord, nous avons procédé à une analyse synchronique, qui vise à cerner actuellement ce qu'est le *PROS.SMM* comme outil de gestion, la configuration de l'organisation de la distribution des services de santé mentale en Montérégie et l'influence du contexte socio-économique sur la mise oeuvre de la réforme de la santé mentale. L'analyse diachronique cherche à comprendre ce qu'était le *PROS.SMM* au début de sa période de mise en oeuvre, l'influence du contexte sur son implantation et la configuration des services avant 1989. L'analyse parallèle tend à généraliser les résultats obtenus par l'analyse synchronique et diachronique aux différentes organisationnelles (CH, CLSC, groupes d'entraide, organismes de services communautaires, APAMM, DSP et CA) et groupes d'acteurs du réseau montérégien de santé mentale (communautaire, institutionnel, intersectoriel, RRSSSM, usagers et leurs proches).² Concrètement, il s'agit, au moyen d'une analyse transversale ou comparée de l'ensemble des cas, de vérifier s'il y a réplique d'une organisation à une autre ou d'un groupe d'acteurs à un autre des «patterns» de relations observées (Denis *et al.*, 1994). Avant de faire l'objet de cet article, l'information a été synthétisée dans un texte de plus de 200 pages.³

3.3. Les déterminants et la stratégie d'implantation du *PROS.SMM*

Après la présentation des balises théoriques et méthodologiques, ce sous-chapitre évalue la mise en oeuvre du *PROS.SMM* par l'analyse de ses déterminants et de sa stratégie d'actualisation. Le parcours d'implantation de ces derniers diffère selon les périodes observées. D'une façon générale, le facteur temporel joue en faveur du développement du *PROS.SMM* pour ce qui est de ses objectifs technocratiques et de reconfiguration. L'introduction de la réforme est de nature incrémentielle. La dernière section de ce sous-chapitre analyse la trajectoire temporelle des conditions d'implantation du *PROS.SMM*.

¹Pour plus d'information concernant le modèle d'évaluation du *PROS.SM*, il est suggéré de faire référence au chapitre 1 de la thèse, spécifiquement à la section 1.2.2 (Modèle d'analyse des composantes de mise en oeuvre des *PROS.SM*).

²L'analyse considère aussi les configurations différentielles des sous-régions de la Montérégie et des régions sociosanitaires. Néanmoins, ces perspectives sont surtout traitées dans les articles 2 et 3 de la thèse.

³Pour plus d'information concernant la méthodologie, particulièrement en ce qui a trait au traitement des données, faire référence au chapitre 1.3 de la thèse - cadre méthodologique -, spécifiquement à la section 1.3.1 - planification opérationnelle de la recherche - et aux différents annexes de la thèse (guides d'entrevues, gestion des données, exemples de verbatim et arrimage des variables opérationnelles des modèles de la thèse)

3.3.1. Les déterminants d'implantation du *PROS.SMM*

Un support politique envers la réforme est identifié comme l'un des déterminants du changement (voir le tableau 3). Deux pôles sont ici importants à traiter: la légitimation étatique et le fait que le projet de modifications de régulation rencontre les intérêts des acteurs du terrain de la réforme. Cette première condition est essentielle puisque l'État est l'un des champs les plus puissants des sociétés contemporaines (le champ du pouvoir: Bourdieu, 1975). L'État possède, en effet, une influence considérable sur la construction de la réalité sociale et sur ce qui est valorisé et légitimé. Plus encore qu'un soutien, c'est le politique (*PSM*, 1989) qui est à l'origine de l'élaboration des *PROS.SM*. Le changement de régulation du système de santé mentale est donc légitimé par l'État et s'inscrit dans un processus d'institutionnalisation. Le *PROS.SMM* reçoit toutefois un soutien plus mitigé des acteurs du terrain de la réforme. Particulièrement, les acteurs organisationnels les plus nombreux et les plus institutionnalisés dans le système ont été plus ou moins intéressés par le projet de reconfiguration. Les CH ont davantage participé à la planification régionale pour ne point perdre leurs acquis; ce constat est singulièrement notoire pour les psychiatres. Une volonté de rationalisation du système est cependant manifeste. Le support de ces acteurs est capital à la mise en oeuvre du *PROS.SMM* (Bozzini, 1986; Corin, 1990). Par contre, les CLSC, les DSP et les organismes communautaires ont fort 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.SMM*. En santé mentale, sa participation est pourtant jugée incontournable en raison de l'aspect multicausal de cet état de santé.

Tableau 3: Résultats de l'analyse des déterminants de l'implantation du *PROS.SMM*

Environnement	Résultats	Réseau	Résultats
1. Support politique	Mitigés: •PSM (+) •communautaire, CLSC, DSP (+) •CH et intersectoriel (-)	3. Crise paradigmatique	Mitigés: •maladie mentale/santé mentale
2. Crise financière et de régulation	Mitigés: •1989: 35 M \$ et réallocation interrégionale (-) •Montérégie: 6 M \$ (+) •Etat/régions: décentralisation (+)	4. Existence de champs	Positifs: •champ médical •champ alternatif •champ de la santé (ou réformiste)
		5. Filiation institutionnelle	Mitigés: •forte filiation institutionnelle (-) •perméabilité du domaine institutionnel (champs communautaire/réformiste) (+)
		6. complexité (dynamique interorganisationnelle)	Négatifs: conflits interorganisationnels importants •CH/ressources alternatives •CLSC/CH •structurés par les particularités locales

Index: «-» signifie que les déterminants ne sont pas existants ou que leurs effets sont négatifs sur l'implantation du *PROS.SMM*; «+» signifie que les déterminants sont existants ou que leurs effets sont positifs sur l'implantation du *PROS.SMM* et «pas de signe» signifie que les déterminants sont plus ou moins existants ou que leurs effets sont mitigés sur la mise en oeuvre du *PROS.SMM*

Comme autres déterminants du développement du *PROS.SMM*, le potentiel catalyseur des crises financières et de régulation a été souligné. Quelles soient organisationnelles ou sociétales, ces crises doivent être importantes, remettant en cause les acquis ou la survie d'un système. Contandriopoulos (1996) identifie ainsi le contexte financier canadien et québécois, spécifiquement les crises qui frappent actuellement le système de santé. D'une part, la légitimité du rôle de l'État comme seule force régulatrice est de plus en plus remise en question (Lamoureux, 1988; Bélanger, 1988; Hamel, 1993; Lesemann, 1988). Cet état de situation encourage notamment le processus de régionalisation des services et l'inscription des forces locales à la planification du *PROS.SMM* (voir le chapitre 4). D'autre part, le contexte de crise financière ne structure le *PROS.SMM* que depuis les dernières années de son implantation. L'état de crise financière a un double effet. D'abord, la situation de crise est favorable, puisqu'elle pousse le système de santé mentale à rationaliser et à questionner l'organisation de ses services et tend à améliorer l'arrimage des services. Néanmoins, un système dont les ressources sont insuffisantes pour les besoins de sa population demeure d'efficacité limitée (Provan et Milward, 1994, 1995¹). En Montérégie, comme dans une majorité de régions sociosanitaires, le système de santé mentale n'est pas touché directement par les compressions financières en raison du principe d'équité interprogramme; le programme de santé mentale montérégien est l'un des plus pauvres au Québec et des programmes du territoire.² En 1989, les promesses ministérielles d'investissement de 35 millions de dollars et de réallocations interrégionales ont donc contribué à la mise en oeuvre du *PROS.SMM*. Toutefois, comme les projections financières de ce dernier n'ont pas été atteintes, son actualisation demeure fort limitée. Cette situation a poussé le système au maintien du statu quo (nous y reviendrons aux sections 3.3.3 et 3.4.1).³

En santé mentale, une crise paradigmatique est aussi notoire. La médecine psychiatrique étant peu capable de traiter les cas de diagnostic lourd (Andreasen, 1985; MSSS, 1985), la notion de santé mentale remplace de plus en plus celle de maladie mentale. La crise paradigmatique influe sur la régulation du secteur; l'offre des services entre acteurs organisationnels est remise en question. Trois champs interagissent dans le réseau: le champ médical (médecine hospitalocentrique et maladie mentale: CH), le champ alternatif (communautarisation des services, démedicalisation des pratiques et émancipation de l'utilisateur: ressources communautaires) et le champ réformiste (- ou de la santé - communautarisation des services avec pôles psychiatriques et santé mentale: les

¹ «When a network is embedded in a resource-scarce environment, network effectiveness will range from low to moderate, depending on other network/system characteristics. When a network is embedded in a resource-rich environment, network effectiveness will range from low to high, depending on other network/system characteristics (Provan et Milward, 1995, p. 27).»

² Après Laval, la Montérégie est la région sociosanitaire la plus pauvre pour ses services de santé mentale d'après les dépenses per capita pondérées pour la mobilité. Les régions du Nunavik, de la Baie-James et du Nord du Québec ne sont pas considérées (MSSS, 1996). Toutefois, la Montérégie est la région la plus pauvre en 1989.

³ Cela n'a pas été le cas dans tous les pays. Nous pouvons notamment penser à l'Italie où le contexte de croissance financière a plutôt favorisé la reconfiguration des services et le contexte de décroissance encouragé le maintien du statut quo (Bozzini, pour le Comité de santé mentale, 1986).

protagonistes de la réforme/la RRSSSM). Chacun de ces champs défend une vision et une pratique de la structuration du système et chacun est soutenu par certains acteurs organisationnels du réseau (voir le sous-chapitre 4.3). La présence de plus d'un champ dans le système est propice à la désinstitutionnalisation de la régulation du secteur de la santé mentale (Greenwood et Hinings, 1996; Oliver, 1992; Fleury *et al.*, 1998). Bien que ce dernier apparaisse fortement institutionnalisé (Scott et Meyer, 1991), la présence d'autres forces régulatrices augmente la perméabilité du domaine. Cet état de situation renforce cependant la potentialité des conflits interorganisationnels qui rendent le changement stratégique plus difficile à introduire, d'autant plus qu'est recherchée la construction d'un réseau coordonné de services. En Montérégie, les conflits les plus importants entre les acteurs organisationnels ont eu lieu entre les CH (champ médical) et les groupes communautaires (champ alternatif). Des antagonismes sont également à signaler entre les CH et les CLSC. Enfin, les oppositions se structurent aussi en fonction des spécificités locales (voir le sous-chapitre 4.5).

3.3.2. La stratégie d'implantation du *PROS.SMM*

En plus des déterminants du changement, la stratégie influence l'atteinte des objectifs poursuivis par le *PROS.SMM* (voir le tableau 4). Les acteurs ont une marge de manoeuvre appréciable pour mater les structures sociales. Les protagonistes d'un changement doivent s'associer aux acteurs principaux du terrain de la réforme (Callon *et al.*, 1986, 1989; Power, 1996). Pour ce faire, les gestionnaires de la RRSSSM ont mis en place des structures de concertation tripartites. La configuration tripartite est intéressante, car elle permet de renforcer, dans le processus décisionnel, la position d'acteurs supportant la planification (CLSC, DSP et organismes communautaires). Néanmoins, elle a comme désavantage de peu intéresser les acteurs les plus nombreux et les plus influents du réseau: les gestionnaires et les intervenants des CH, principalement les psychiatres. Les usagers ont aussi été peu mobilisés dans les structures de concertation. La participation des usagers au processus de planification est controversée en raison de leur manque de formation et de confiance en soi et de leur difficulté à affronter leurs intervenants dans les comités et à s'engager à y avoir une présence assidue. Il demeure pourtant important de jouer sur les comportements des usagers (la demande de services), lesquels influent l'offre de services. Les structures de concertation servent de centres de traduction pour le développement du *PROS.SMM* (Callon et Law, 1989). Pour l'actualisation de la planification régionale, les gestionnaires de la RRSSSM ont aussi eu recours à la formation. Les médecins ont spécifiquement été ciblés (directives ministérielles). La Montérégie est l'une des régions sociosanitaires qui a le plus investi dans la formation.

Tableau 4: Résultats de l'analyse de la stratégie d'implantation du *PROS.SMM*

Protagoniste	Résultats	Outil	Résultats
7. Interpeller les acteurs principaux	Mitigés: •par: comités tripartites •par: formation (+) •usager (-)	10.Consolidation technique et théorique	Mitigés: •modalité de la planification des réseaux régionaux •anarchie organisée (-) (clarté des mandats) •systèmes d'information •approches par programmes et par objectifs/résultats, •évaluation et structures de concertation
8. Centres de traduction	Positifs: •structures de concertation	11. Degré d'institutionnalisation, de diffusion et de complexité	Mitigés: •régulateur du réseau •changement des pratiques et de la vision •connaissance de l'outil (+)
9. Leadership collectif	Mitigés: •décentralisation •1989: logique technocratique; actuellement: davantage politique		
10. Diversification des tactiques d'intervention	Positifs: •formation •structure de concertation •planification émergente •peu limpide sous l'angle (-) de la structuration du pouvoir et des changements normatifs		

Index: «-» signifie que la stratégie n'est pas actualisée ou qu'elle n'est pas pertinente relative à son impact sur la mise en oeuvre du *PROS.SMM*; «+» = signifie que la stratégie est actualisée et qu'elle est pertinente relative à son impact sur la mise en oeuvre du *PROS.SMM* et «pas de signe» signifie que la stratégie est plus ou moins actualisée et plus ou moins pertinente relative à son impact sur la mise en oeuvre du *PROS.SMM*.

L'importance du leadership collectif et de la diversification des types de stratégies a aussi été soulignée quant à la réussite d'un changement. La Montérégie apparaît, en ce premier point, l'une des régions qui a le plus décentralisé son processus décisionnel. Cependant, les acteurs mobilisés dans les structures de concertation se sont sentis, plus souvent qu'autrement, impuissants face aux prises de position de l'instance régionale (en termes de traitement de l'information et du pouvoir). La RRSSM est ainsi apparue plus encadrée par une logique technocratique que politique; cette dernière a actuellement davantage tendance à l'emporter. Pour beaucoup d'acteurs régionaux, la RRSSM a eu peu de leadership; ce constat a d'ailleurs été réalisé par l'instance régionale (*Plan de transformation*, 1995). Une volonté de leadership pour planifier et pour coordonner les réseaux est manifeste dans nombre de sous-régions (voir le sous-chapitre 4.5). D'autre part, l'instance régionale a relativement diversifié ses tactiques d'intervention pour atteindre les objectifs poursuivis par le *PROS.SMM* (démarches empirico-rationnelle, normative-rééducative et coercitive). La période d'élaboration du *PROS.SMM*, qui s'est effectuée sur deux années, a permis aux acteurs de comprendre, d'assimiler et de prendre part aux décisions structurant l'intervention. La planification de l'organisation des services régionaux (*PROS.SMM*) s'est inscrite dans une démarche incrémentielle. Cependant, les agents de la réforme auraient pu mettre davantage en relief les modifications normatives et de la structuration du pouvoir nécessaires pour la réalisation du *PROS.SMM*.

Les acteurs ont été mobilisés pour mettre en oeuvre le *PROS.SMM*, ce dernier étant la principale stratégie de transformation des services de santé mentale. Le *PROS.SMM* appert toutefois de consolidation théorique et technique mitigée. D'abord, la complexité et l'aspect dynamique de l'intervention concourent à jouer sur son pouvoir structurant dans l'implantation de changements. L'interprétation de l'outil est figée, d'une part, à son contexte d'élaboration (le plan: 1991). D'autre part, il est perçu en tant que mouvement de réforme (planification émergente): la réforme *PROS.SM*. Dans cette dernière version, le *PROS.SMM* est utile pour la planification, le financement, la gestion et l'évaluation du réseau, puisqu'il est arrimé au *Plan de transformation* pour le volet de la santé mentale; la planification de 1989 est ici recontextualisée. Rappelons que le document élabore une planification stratégique, tactique et opérationnelle. En ces deux dernières fonctions, le document n'est plus d'actualité; particulièrement, les modalités relatives à la gestion financière et opérationnelle sont périmées. L'expérience de gestion acquise par la régie régionale et l'évolution du contexte ont ainsi modifié le processus de planification régionale, la procédure de planification des réseaux régionaux de santé étant en élaboration. De même, en est-il pour les outils de gestion à la base du *PROS.SMM*.

L'approche par programmes, employée pour plus d'une finalité, est notamment une notion ambiguë (Pineault et Daveluy, 1986; Sylvie Dillard, 1989; MSSS-CRSSS, 1992). Elle est relative à la sectorisation du système de santé en différents groupes d'âge ou problématiques (programme de santé physique, personnes âgées, jeunesse, santé mentale, etc.); à la gamme de services de la *PSM*; aux services offerts pour une personne (le plan de services individualisés - PSI - en étant un exemple); à un ensemble intégré de services réalisés avec les ressources nécessaires afin d'atteindre des objectifs déterminés, en rapport avec des problèmes précis pour une population définie, etc. Cette dernière définition de la gestion par programmes est singulièrement intéressante, puisqu'elle se conforme à une structure matricielle. La Montérégie est l'une des seules régions ayant ainsi traduit l'approche par programmes; le *PROS.SMM* comporte 32 programmes intégrés. Nos recherches démontrent cependant que la nomenclature de programmes ne doit pas s'avérer trop lourde pour permettre la flexibilité du système. Une nomenclature trop exhaustive a aussi tendance à ne faire correspondre les programmes qu'aux structures organisationnelles. Par ailleurs, bien que la régie régionale gère le réseau de santé mentale par programmes, les organisations ne sont ainsi configurées. L'approche par programmes ne structure le réseau qu'indirectement par le *PROS.SMM*.

Beaucoup d'outils de gestion manquent à la planification régionale pour le développement du *PROS.SMM*. Les systèmes d'information sont notamment 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, p. 23)». Spécifiquement, les données qualitatives, davantage ciblées (concernant par exemple un espace sous-régional) et relatives à certains services (ambulatoires, CLSC et organismes communautaires) sont lacunaires. Aucun système d'information clinique en santé mentale n'a de plus été implanté (fort contesté par les organismes communautaires). Par ailleurs, la gestion du système reste floue: le réseau peut se comparer à une anarchie organisée (Cohen *et al.*, 1974). Les mandats entre les distributeurs de services et les instances régionales et le MSSS sont à préciser. Par exemple, les régies gèrent leur réseau selon l'approche par programmes, mais les établissements conservent leur budget historique et les organismes communautaires sont financés par le SOC dont les budgets sont administrés par le niveau régional et protégés par le MSSS. 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 aussi à élaborer, etc.

De même, les instances régionales s'avèrent 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 le *PROS.SMM*, 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 du *PROS.SMM*. Les modalités d'organisation de la participation régionale sont aussi à développer. En ce sens, la Montérégie a plus d'une fois réformé ses structures participatives: comités de référence, comité tripartite régional (CTR) et comités tripartites sous-régionaux en 1989; CTR et tables de concertation sous-régionales (TCSR) à partir de 1993; CTR et TCSR arrimées à des comités de programmes dont un en santé mentale à partir de 1996.

Le *PROS.SMM* et les instruments de gestion qui le composent apparaissent donc de consolidation technique et théorique mitigée. Le *PROS.SMM* est néanmoins un outil de gestion complexe, dans le sens que l'instrument aspire à réguler l'ensemble des services de santé mentale. En plus de ses valeurs techniques (processus organisationnel), le *PROS.SMM* propose de modifier les rôles des distributeurs de services et leurs rapports, par l'introduction d'un nouvel archétype (voir l'archétype 2 du tableau 1 de la section 3.1). Le *PROS.SMM* est un instrument à pouvoir important de structuration du système. L'implantation de l'outil s'avère néanmoins d'autant plus difficile. Le *PROS.SMM* est aussi fort diffusé: les acteurs du réseau le connaissent et s'en servent lors de la prise de décision dans les structures de concertation; des formations ont aussi été données à nombre d'intervenants et de gestionnaires. Bref, l'importance des modifications sous-jacentes à

l'actualisation du *PROS.SMM* et sa faible consolidation technique et théorique font que l'instrument demeure d'institutionnalisation mitigée, bien que les acteurs y fassent de plus en plus référence pour la gestion des services. La mise en oeuvre du *PROS.SMM* et son impact relatif aux modifications des pratiques d'intervention, des comportements organisationnels, de la vision, de l'offre et de la demande de services s'inscrivent dans un processus incrémentiel.

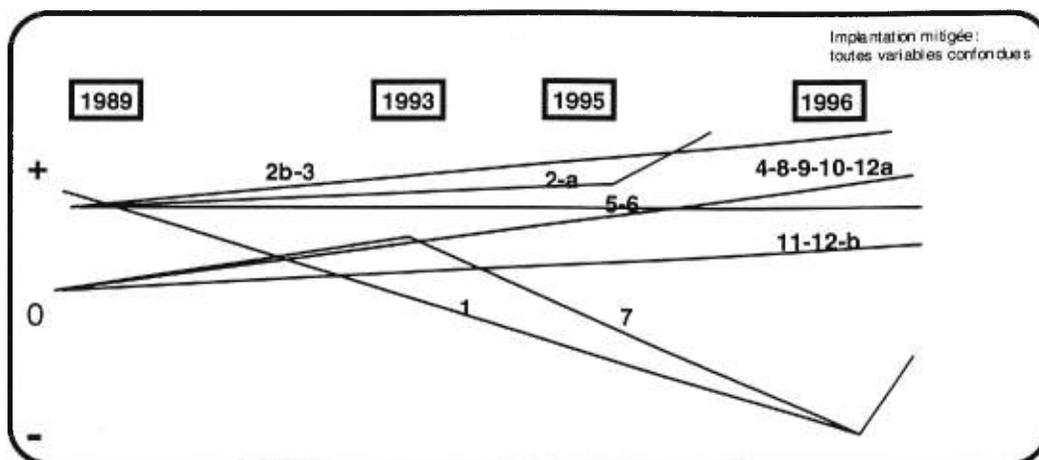
3.3.3. Implantation incrémentielle du *PROS.SMM*

Pour évaluer la mise en oeuvre du *PROS.SMM*, quatre années charnières sont identifiées, qui transforment le contexte et la stratégie d'implantation de l'intervention (voir la figure 3): 1) 1989, année de l'amorce de l'opération du *PROS.SMM* (et de la *PSM*); 2) 1993, année de la restructuration de l'instance régionale (CRSSSM/RRSSSM) et de la création des tables de concertation sous-régionales multiprogrammes; 3) 1995, mise en oeuvre du *Plan de transformation* (1995-1998) et 4) 1996, arrimage de comités par programmes dont un en santé mentale aux structures participatives multiprogrammes (et dernière année de notre terrain pour les intervenants et les gestionnaires du réseau). D'une part, notons que pour 1989, toutes les conditions sont jugées dans un contexte plus favorable que défavorable. Certaines conditions sont néanmoins plus présentes que d'autres en 1989. Celles-ci sont: le support politique, le contexte de crise paradigmatique, du financement et des régulations, la filiation institutionnelle et la complexité du réseau (dynamique interorganisationnelle). Pour ces deux dernières variables, la trajectoire des lignes du tableau tend à régresser avec les années. Une détérioration de la filiation institutionnelle et une diminution des conflits interorganisationnels sont toutefois à l'avantage de l'actualisation du *PROS.SMM*. La trajectoire des autres mesures est plutôt ascendante, ce qui est aussi favorable à la planification régionale. Le support politique, qui est étudié par rapport aux acteurs organisationnels (et non par rapport au support étatique), suit cette dernière tendance. Entre 1989 et 1996, le *PROS.SMM* est cependant moins supporté par les acteurs qui sont déçus de leur participation à la prise de décision et des résultats de la planification en termes de ressources de développement perçues et de changements réalisés. Un revirement de situation est notoire aux environs de 1996: les acteurs entérinent davantage la planification régionale; la régie s'est aussi consolidée dans son rôle de leader régional.

D'autre part, en 1993, le changement des structures de participation de la régie entraîne la marginalisation de la santé mentale qui devient un programme parmi tant d'autres. Cette année marque ainsi une régression dans la «courbe» de la capacité des protagonistes à mobiliser les acteurs principaux du terrain de la réforme. Cette situation s'améliore toutefois à partir de 1996, puisque de nouveau, les acteurs de la santé mentale regagnent en pouvoir pour l'administration du programme; des comités de santé mentale sont arrimés aux tables multiprogrammes. Par ailleurs,

notons que la situation financière de la Montérégie pour son programme de santé mentale avantage la clientèle lors des premières années de l'implantation du *PROS.SMM*, puisque la région obtient les subventions de développement les plus importantes (grosso modo 6 millions \$). Le contexte de croissance financière a néanmoins fait du *PROS.SMM* un outil de développement, et non de rationalisation ou de reconfiguration des services. Cela a été d'autant plus néfaste que la planification régionale s'est établie selon un budget utopique; plus de 150 millions de dollars de fonds de développements étaient revendiqués. Le contexte économique est donc davantage propice à réformer le système de santé mentale à partir de 1995 et la stratégie de la région, à remplir les objectifs poursuivis par le *PROS.SMM* à partir de 1996. Après cette présentation de la mise en oeuvre du *PROS.SMM*, la section suivante évalue les effets de l'intervention.

Figure 3: Fluctuation temporelle des déterminants et de la stratégie d'implantation du *PROS.SMM*



Index:

- 1: support politique (selon les acteurs organisationnels)
- 2: a) crise financière et b) de régulation
- 3: crise paradigmatique
- 4: existence de plus d'un champ
- 5: filiation institutionnelle
- 6: complexité du réseau (dynamique interorganisationnelle)

- 7: mobilisation des acteurs principaux
- 8: centres de traduction
- 9: leadership collectif
- 10: diversification des tactiques d'intervention
- 11: consolidation technique et théorique
- 12: degré a) de diffusion et de complexité b) d'institutionnalisation

*interprétation des années: 1) 1989: début de l'amorce de l'opération du *PROS.SMM*, 2) 1993: restructuration de l'instance régionale et modification des structures consultatives (RRSSSM & TCSR), 1995: *Plan de transformation* (1995-1998) et 1996: modification des structures consultatives (arrimage de CSM aux TCSR)

*interprétation des signes: le «+» signifie que les conditions sont davantage favorables que défavorables, le «-» que les conditions sont davantage défavorables que favorables et le «0» que les conditions sont ni favorables, ni défavorables

*interprétation des lignes: elles représentent les fluctuations dans les contours du développement des déterminants et de la stratégie d'implantation du *PROS.SMM* selon des dates charnières. D'après cette figure, bien que les conditions de mise en oeuvre des variables soient au départ divergentes, aucune n'est actualisée en fin de parcours (1996): «implantation mitigée pour toutes variables confondues»

3.4. Les effets du *PROS.SMM*

Deux dimensions mesurent les effets du *PROS.SMM*: l'ajustement des ressources aux besoins et la qualité des services. L'ajustement des ressources aux besoins est défini par: 1) la réduction de l'écart entre le budget disponible et le budget requis identifiés par le *PROS.SMM*, ce qui témoigne de l'équité interrégionale et intrarégionale; 2) l'adéquation de l'organisation de la distribution des services à la gamme des services et aux objectifs de communautarisation, lesquels correspondent à un investissement de 60% du budget de la santé mentale dans la communauté et de 40% dans les services d'hospitalisation (MSSS, 1996). La qualité des services rend compte de la globalité, de la continuité, de l'accessibilité et de l'humanisation des services (Donabedian, 1973). Cette dernière notion fait référence aux aspects intangibles du processus de soins ou de la dispensation de services et à la capacité des intervenants de s'ajuster aux demandes du client lors d'un processus de soins. La globalité des services relève de l'étendue de la gamme de services. La continuité, qui s'oppose à la fragmentation des services, correspond à la qualité de la relation entre le bénéficiaire et les services durant la maladie. L'accessibilité des services (géographique, socio-organisationnelle et psychosociale) s'exprime par l'écart entre une source de soins et le bénéficiaire et cherche à diminuer cet écart.

3.4.1. Ajustement des ressources aux besoins

Le *PROS.SMM* a été élaboré en mettant l'accent sur un budget requis de 140 à 196 millions de dollars.¹ En Montérégie, le budget de la santé mentale représente actuellement plutôt un peu plus de 40 millions de dollars (pour l'année financière 1995-1996). Tous les niveaux de services affichent un important déficit par rapport aux besoins identifiés de la population. Dans le *PROS.SMM*, les services à combler équivalent pour la prévention/promotion à 100%, pour l'intervention de première ligne et de crise à 96,87% et pour les services spécialisés des 0 à 17 ans à 87,75%, des 18 à 64 ans à 69,75% et des 65 ans et plus à 100% (voir le tableau 5). Depuis 1989, la Montérégie a reçu 6 057 677 \$ de fonds de développement, ce qui représente l'un des montants les plus importants octroyés à une région sociosanitaire. Dans le cadre des mesures de désengorgement des urgences, le territoire de la Montérégie avait aussi été chercher 879 361, 00 \$ (1986). Ces fonds ont servi à mettre sur pied des centres de crise et ils ont contribué à consolider les ressources communautaires.

¹Les chiffres trouvés dans la littérature consultée et ceux donnés par les acteurs interrogés à ce propos varient à l'intérieur de cet ordre de grandeur.

Tableau 5: Informations budgétaires par niveaux d'intervention
(PROS.SMM et budgets de développement)

Niveaux d'intervention	% de déficit selon le PROS (1989-1990)	budget disponible (1989-1990)	fonds de développement récurrents reçus (89-96)	budget requis selon le PROS (1992-1993)
prévention/promotion	100,00%	0 \$	513 727, 02 \$ (8,77%)	19 640 600 \$
1 ^{er} ligne et crise	96,87%	874 402 \$	856 511,81 \$ (14,62%)	29 728 236 \$
2 ^e ligne: 0-17 ans	87,75%	2 401 911 \$	298 968,04 \$ (5,10%)	20 692 506 \$
2 ^e ligne: 18-64 ans	69,75%	23 466 386 \$	3 406 301,59 \$ (58,16%)	82 535 025 \$
2 ^e ligne: 65 ans et plus	100,00%	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 RRSSSM pour le programme de santé mentale

Les six millions de dollars de fonds de développement sont répartis par niveaux de services comme suit: 1) 58,16% (3 406 301, 59 \$) aux services spécialisés des 18 à 64 ans; 2) 14,62% (856 511, 81\$) à l'intervention de première ligne et de crise; 3) 13,34% (781 367, 97 \$) aux services spécialisés des 65 ans et plus; 8,77% (513 727, 02 \$) à la prévention et à la promotion et 5) 5,10% (298 968, 04 \$) aux services spécialisés des 0 à 17 ans (voir le tableau 5). Si l'on compare cette répartition financière aux déficits par niveaux de services du PROS.SMM, deux constats peuvent être effectués. D'abord, les services spécialisés des 18-64 sont identifiés dans la planification régionale comme le niveau le moins déficitaire. Pourtant, ce dernier encaisse les sommes les plus importantes, plus de 58% du budget de développement. La prévention/promotion obtient, au contraire, moins qu'elle le devrait. La RRSSSM a comme politique d'allouer de 10% (1989) à 20% (à partir de 1993-1994) des fonds de développement à ce niveau. Des six millions de dollars, 2 800 000 \$, soit 45% des fonds, ont toutefois été orientés par des directives ministérielles (argents «tagués»). Notamment, la PSM exigeait la mise en place de ressources d'entraide, de répit et de promotion/défense des droits dans les territoires régionaux et que les RRSSS donnent des sessions de formation sur la reconfiguration aux distributeurs de services du réseau. La Montérégie est l'une des régions sociosanitaires ayant le plus investi dans le volet de la formation: 398 643,27 dollars y sont consentis (1994-1995).

L'argent de développement a été distribué aux environs de 70% au secteur communautaire et de 30% au secteur institutionnel (soit environ 1 800 000 dollars)¹, ce qui concorde avec la philosophie développée par la régie: privilégier les ressources les plus légères et les plus proches de la communauté et l'objectif d'équilibrer les ressources du communautaire et de l'institutionnel. Actuellement, aux alentours de 80% du budget du programme est accordé à ce dernier, dont la presque totalité aux départements de psychiatrie des CH. Des fonds de développement octroyés à l'institutionnel, la majorité a été consacrée à consolider les services de santé mentale donnés par les CLSC, soit près de 1 million de dollars. Le reste est partagé entre les CH et des projets

¹RRSSSM, Procès-verbal de deux réunions extraordinaires du comité tripartite en santé mentale, tenues le 19 octobre et le 2 novembre 1994.

régionaux, dont le volet de la formation à la RRSSSM. Le financement du communautaire en santé mentale est passé de 7,6% en 1989 à 15% actuellement¹ du budget du programme-clientèle; le nombre de ressources communautaires, de 12 en 1989 à 58 en 1994.² Avec un financement de 15% du budget de la santé mentale, le communautaire en Montérégie est l'un des plus consolidé du Québec. L'importance du financement concédé au communautaire questionne néanmoins l'autonomie du mouvement et son arrimage au réseau. Le renforcement du communautaire en santé mentale a contribué à diversifier les services, à améliorer l'ajustement des ressources aux besoins des clientèles et il a permis un rééquilibrage entre les ressources de ces groupes et l'institutionnel.

Pour le niveau de la prévention et de la promotion, les fonds de développement ont surtout été octroyés aux organismes communautaires; les CLSC en reçoivent 15% (voir le tableau 6). De même, pour le niveau de la première ligne et de la crise, les organismes communautaires vont chercher la majorité des budgets; les régies allouent aux CLSC que de petites subventions (un peu moins de 10%). Le financement le plus important du niveau des services spécialisés des 0 à 17 ans est accordé pour des projets régionaux entrant dans le programme 3.26³. Les organismes communautaires et les CH ont une mineur à ce niveau, ayant reçu chacun environ 20% des ressources. Pour les services spécialisés des 18 à 64 ans, les organismes communautaires perçoivent les subventions les plus importantes, soit un peu plus de 85% du budget de développement pour ce niveau. Les CH et les CLSC touchent chacun un peu plus de 5% des montants. Pour le niveau des services spécialisés des 65 ans et plus, les CLSC se tirent grands gagnants, remportant près de 70% de l'argent de développement. Les CH suivent s'accaparant plus de 20% du financement.

Tableau 6: Répartition des subventions en santé mentale (1989-1995)
(pourcentage du budget de développement alloué par organisations: 5 933 527,00 \$)

organisations	prév. & promo.	1 ^{er} ligne/crise	2 ^e ligne: 0-17	2 ^e ligne: 18-64	2 ^e ligne: 65 +	autres services	\$ à répartir
CH	(-)	(-)	18,20%	6,77%	21,80%	(-)	(-)
CLSC	15,36%	8,90%	(-)	6,56%	69,90%	(-)	(-)
org. commu.	76,84%	91,1%	23,90%	86,67%	8,30%	(-)	(-)
RRSSSM	7,80%	(-)	57,90%	(-)	(-)	188753,59 \$ (3,2% bud.tot.)	12047,00 \$ (0,2% bud.tot.)
Totaux	100%	100%	100%	100%	100%		

*Tableau réalisé à partir de documents financiers de la RRSSSM

¹RRSSSM, Document dans le cadre du bilan de l'implantation de la Politique de santé mentale, non daté (mais aux environs de 1994).

²Plan régional d'organisation de services en santé mentale (PROS.SM): synthèse et mise en place du PROS.SM, décembre 1994.

³Le programme 3.26 est le programme 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 alternatives à l'hospitalisation, les places en pavillon, les places en famille d'accueil, les lits d'hébergement de longue durée et l'intervention psychosociale.

Les organismes communautaires dans le partage des fonds de développement sont ainsi consacrés principaux distributeurs pour les niveaux de la prévention et de la promotion, de la première ligne et de la crise et des services spécialisés des 18 à 65 ans. Pour ces niveaux, ils obtiennent le financement le plus important, toujours plus de 85% des montants. La majorité des budgets alloués aux CLSC va au niveau des services spécialisés des 65 ans et plus. Pour la presque totalité des sous-régions (à l'exception de St-Hyacinthe et de Châteauguay), les CLSC ont touché des subventions pour développer des équipes spécialisées pour cette clientèle. Pour la plupart, l'équipe sert de support aux professionnels des CLSC intervenant pour cette dernière. Des échanges se font notamment avec les professionnels et les psychiatres des CH pour supporter l'équipe; cette pratique n'est cependant encore que peu courante. Les CLSC de la Montérégie n'ont pas développé d'équipes spécialisées en santé mentale d'une façon générale, malgré les diverses revendications en ce sens. Ils perçoivent ainsi peu d'argent de développement pour leurs services généraux de première ligne et de crise (pas même 10%), de même qu'une somme marginale pour leurs services de prévention et de promotion (15% des sommes). Seuls les CLSC de Brôme Missisquoi et de la Haute-Hamaska (Granby et Cowansville) et un CLSC de la région de Valleyfield donnent des services spécialisés pour les 18 à 64 ans; la pauvreté des services hospitaliers de cette première sous-région et l'existence d'une forte communauté anglophone dans un territoire de Valleyfield (consolidation de la *Loi 142*) expliquent cette situation. Depuis le *PROS.SMM*, les CLSC ont donc été peu consolidés pour leurs services de santé mentale. Ils interviennent cependant, pour ce programme, via leurs services psychosociaux courants.

Les CH n'ont encaissé du *PROS.SMM* que des sommes peu importantes, en général de 0% à 20% du financement. Des fonds de développement ne leur sont octroyés que pour les services spécialisés. Les services hospitaliers sont fort déficitaires en Montérégie. Le poids relatif des services d'hospitalisation de la Montérégie par rapport à la gamme essentielle des services est de 37% comparativement à 80% pour l'ensemble du Québec. Le nombre de lits psychiatriques de la région est l'un des plus bas de l'Amérique du Nord; il est de 24 lits par 100 000 habitants, comparativement à 74 lits pour Montréal.¹ La majorité des ressources humaines, engagées grâce aux budgets de développement donnés depuis 1989, occupe des postes psychosociaux dans des services situés directement dans la communauté, ce qui va dans le sens des orientations de la réforme. Certains intervenants ont aussi été relocalisés: «22 personnes, soit environ 3% du budget global en santé mentale, auraient été transférées dans des services dispensés dans la

¹ RRSSSM, document interne sur l'analyse comparative de données concernant les services de santé mentale au Québec, non titré et non daté. La norme est de .3 lits de courte durée psychiatriques et de .2 lits de soins prolongés psychiatriques par 1000 habitants (Voitchovska, 1989). Cette norme semble la plus considérée dans les régions sociosanitaires. «Compte tenu du nombre actuel de lits, l'objectif visé par le MSSS (1996, p. 20) serait plutôt de 0,4 lits par 1 000 personnes, soit 0,25 par 1 000 personnes en courte durée et de 0,15 par 1 000 personnes en longue durée, en l'an 2002».

communauté».¹ La Montérégie affecte plus de 60% du budget de son programme de santé mentale à des services autres que pour l'hospitalisation, lesquels sont considérés comme plus en mesure de répondre aux besoins de la clientèle (Conrad, 1993; Provan et Milward, 1994, 1995).² La Montérégie est ainsi l'une des seules régions sociosanitaires à allouer la majorité du financement de ce secteur aux services à la communauté, rencontrant de ce fait les objectifs du MSSS (1996) (voir le chapitre 5).

Les fonds de développement octroyés pour le programme-clientèle de santé mentale en Montérégie n'ont que peu répondu aux besoins. La Montérégie n'a reçu grosso modo que 5% des fonds revendiqués pour reconfigurer 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 du programme de santé mentale (6 millions sur un budget d'environ 40 millions). Le *PROS.SMM* n'a donc guère été implanté. Il y a toujours un écart considérable entre les besoins de la région, identifiés par la planification, et les ressources disponibles. Les réallocations interrégionales et interprogrammes ont faiblement contribué à rétablir la situation. Le sous-financement du programme de santé mentale se répercute sur toute la gamme des services. Le document *Portraits sous-régionaux préparés dans le cadre du plan de réorganisation du réseau 1997-2000* mentionne que «malgré l'octroi de quelques budgets de développement depuis 1989, la gamme essentielle des services reste incomplète et pour quelques niveaux d'intervention plus déficitaire. L'accessibilité aux services de base requis est très limitée (notamment pour la prévention/promotion, les services de première ligne et les services spécialisés des 0-17 ans et des 65 ans et plus). Le degré de déficit de ces niveaux d'intervention varie entre 85% à 99% selon le PROS (données financières de 1992-1993). Les programmes offrant des services communautaires de réadaptation et de réintégration sociales pour la clientèle ayant des problèmes sévères sont particulièrement peu développés (p. 1)». La Montérégie affiche également un sérieux déficit en effectifs psychiatriques.³ La région n'a par ailleurs aucun budget spécifique pour les services spécialisés de troisième ligne, à l'exception de lits de traitement de longue durée de vocation régionale. Cette clientèle doit donc utiliser les ressources des établissements de Montréal ou de l'Estrie.

¹RRSSSM, Document dans le cadre du bilan de l'implantation de la Politique de santé mentale, non daté (mais aux environs de 1994).

²Pour l'année financière 1995-1996, le pourcentage par niveaux de services du budget du programme de santé mentale de la Montérégie se répartit comme suit: l'information (0,66%), la promotion/prévention (1,36%), les services de base (4,47%), le traitement spécialisé en services d'hospitalisation (37,45%) et en services d'équipes multidisciplinaires incluant le suivi intensif dans le milieu (23,61%), le support aux familles (1,28%) et la réadaptation/réintégration sociales (31,17%) (document interne de la RRSSSM).

³La politique relative aux effectifs médicaux ne relève pas de la juridiction des régions, quoiqu'il y ait, à ce niveau, des plans d'effectifs médicaux.

3.4.2. Qualité des services

L'impact du *PROS.SMM* sur la qualité des services est difficile à évaluer. La majorité des acteurs rencontrés pour cette étude avouent leur savoir en ce domaine trop limité pour pouvoir en juger adéquatement. Peu de documents sont aussi disponibles, qui permettent de faire le point en cette matière. Néanmoins, il ressort qu'à l'exception de l'augmentation du bassin de services disponibles, soit une amélioration de l'étendue de la gamme des services offerts pour satisfaire les besoins du bénéficiaire (la globalité des services), les effets entraînés par le *PROS.SMM* sous l'angle de la qualité des services ont été peu significatifs. Les acteurs du réseau de santé mentale montérégien restent ainsi sur leur faim: «Le *PROS.SMM* a été une expérience laborieuse et coûteuse pour les résultats actuels qu'on en tire (un acteur d'un CH)».

Cependant, la rationalisation du secteur de la santé mentale, qui permet de minimiser les duplications de services et d'identifier les activités prioritaires à combler, a contribué à l'amélioration de l'accessibilité et de la globalité des services. Également, l'accent mis sur la démocratisation et la décentralisation de l'organisation des services a entraîné des effets positifs sur la continuité (l'amélioration de la connaissance du réseau via les structures de concertation facilite le processus de référence), sur l'accessibilité (implantation d'un système budgétaire qui encourage l'équité intrarégionale et interprogramme) et sur la globalité des services (les acteurs se rendent davantage compte des lacunes en services de leur réseau; ils décident à même leur budget de les dispenser). De même, l'importance attribuée à la coordination du réseau a poussé le système à davantage s'arrimer. Ainsi, des mécanismes (lignes téléphoniques d'information, annuaires de services, mécanismes d'admission interorganisationnelle...) et des services interorganisationnels ont été mis en place (centres de crise, services psychogériatriques, de suivi, etc.). L'implantation du PSI, instrument privilégié par la *PSM* pour assurer la continuité des services auprès de toute personne engagée dans un processus de désinstitutionnalisation, a eu des effets positifs sur cette clientèle. Cette procédure est toutefois peu implantée et elle n'a pas été généralisée à d'autres clientèles en Montérégie, malgré les formations fournies par la RRSSSM. La complexité et la lourdeur de la démarche et des considérations relatives à la confidentialité expliquent cette situation; les ressources communautaires mettent plutôt de l'avant le suivi communautaire et les représentants des établissements du CTR, l'accent sur la gestion de cas («case management»).

Le renforcement des services offerts dans la communauté a entraîné des effets bénéfiques pour la clientèle. Notons singulièrement l'appréciation des ressources d'entraide et des APAMM par les usagers et leurs proches et du Collectif de défense des droits qui a concouru à l'humanisation de la pratique médicale (le patient se retrouve davantage devant des choix d'intervention). Les services

des ressources communautaires ont été, par le *PROS.SMM*, significativement consolidés, ce qui contribue à diversifier l'offre des services et à améliorer son accessibilité et à remettre en question les pratiques institutionnelles (Lamoureux, 1994; White et al., 1993). D'une façon générale, les ressources communautaires tendent à renforcer l'intégration des personnes ayant des troubles de santé mentale à leur communauté d'accueil, travaillant particulièrement sur l'estime de soi des individus et la prise en main de leur destinée et sur la solidarité de la communauté et son ouverture d'esprit face à la divergence sociale. L'apport au système des organismes communautaires est toutefois questionné par certains représentants des milieux institutionnel et intersectoriel. Ces derniers soulignent le fait que la situation financière des ressources les contraint parfois à plus prendre en compte leur survie que le bien-être de la clientèle. L'arrimage du *PROS.SMM* au *Plan de transformation du système de santé* force également le réseau de santé mentale à mieux se conformer aux critères d'efficience; le virage ambulatoire, la rationalisation et la communautarisation des services de santé mentale sont des orientations importantes de ce document de planification.

Les effets du *PROS.SMM* sur la qualité des services diffèrent selon les distributeurs de services, les types de clientèles et les dynamiques sous-régionales étudiés. Ainsi, les acteurs mobilisés dans les structures de concertation, ceux de petites organisations et ceux ayant reçu de la formation ont été plus sensibilisés aux objectifs poursuivis de la planification régionale. Certaines sous-régions de la Montérégie ont aussi implanté des réseaux mieux coordonnés; la dynamique sous-régionale joue ainsi sur la configuration des services (voir le sous-chapitre 4.5). Les services les plus consolidés par le *PROS.SMM* sont du niveau des services spécialisés des 18 à 64 ans (58,16% des subventions). Particulièrement, les personnes de cette catégorie d'âge ayant des problèmes sévères, complexes et persistants ont perçu une amélioration de leurs conditions d'existence. Les fonds de développement et de réallocation ont renforcé les réseaux d'entraide et de protection des droits des personnes, les services de crises, d'hébergement, d'accompagnement et de réadaptation/réintégration sociales. Les personnes âgées qualifiées comme ayant des troubles sévères, persistants et complexes ont aussi constaté un accroissement des services qui leur sont attribués (13,34% des allocations leur ayant été alloués). Singulièrement, cette clientèle reçoit davantage de support à domicile par les CLSC. D'après certains acteurs de CLSC, les équipes psychogériatriques ont eu un rayonnement sur l'ensemble des intervenants de l'équipe psychosociale, ce qui a haussé la qualité des services dans ces établissements pour les personnes ayant des troubles de santé mentale. Les personnes touchées par la désinstitutionnalisation ont également vu leur situation s'améliorer. Elles ont été rapprochées des communautés et elles ont été encadrées par des activités de suivi communautaire (spécifiquement la clientèle du CH de Sorel, du CH Honoré-Mercier, du CA Marcelle Ferron, du Pavillon St-Isidore, de la Résidence Marina et de la

Résidence «chez Lize»¹). Enfin, les proches des usagers des services ont accès à des services d'entraide et de répit dans toutes les sous-régions de la Montérégie. Ces services sont fort appréciés de ces derniers.

La littérature sur l'organisation des services de santé mentale (Tessier et Clément, 1992) et notre investigation auprès des usagers et de leurs proches mettent en exergue l'importance de renforcer les services de crise et de support pour les personnes (gestionnaires de cas, suivi intensif en milieu communautaire, 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 afin qu'il puisse oeuvrer le plus normalement possible (formule de travail ou de formation, activités récréatives et de réadaptation/réintégration sociales, etc.). L'introduction suffisante de telles ressources, dont les activités sont offertes de façon continue, diminue les phases d'hospitalisation et leur durée (Pritchard et Cunliffe, 1983; Brown *et al.*, 1994; Fasolo et Frisanco, 1991; MSSS, 1996). Les individus ayant des problèmes de santé mentale et leurs proches sont aussi, trop souvent, laissés à la remorque de leur traitement: hors du processus de la planification des services, de leur guérison et de leur réintégration à la société. Des efforts afin d'améliorer l'intégration des pratiques communautaires et professionnelles et le suivi entre les périodes de crises des personnes devraient ainsi être mis de l'avant pour augmenter la qualité des services, le bien-être des usagers et la prospérité de la communauté.

3.5. Rôle des outils de gestion dans la production de changements: le *PROS.SMM*

L'introduction d'une réforme relève d'un processus complexe et incrémentiel qui doit être évalué selon son contexte et les stratégies adoptées pour sa mise en oeuvre. Particulièrement, les outils de gestion sont des dispositifs importants de modifications des régulations d'un domaine d'intervention ou d'institutionnalisation d'un certain ordre social dans un secteur d'activités (Berry *et al.*, 1983; Charue-Duboc, 1994). Toute innovation organisationnelle est cependant un produit en émergence qui se perfectionne par son insertion dans un contexte et selon son appropriation par les acteurs (Callon *et al.*, 1986, 1989; Power, 1996). Pour comprendre les mécanismes d'implantation d'un changement stratégique, le développement de la réforme des services de santé mentale en Montérégie a été étudié à travers le processus de mise en oeuvre du *PROS.SMM*. Élaboré en 1989, ce dernier est la principale stratégie d'introduction de la réforme dans cette région sociosanitaire. Le *PROS.SMM* est un outil de gestion complexe et dynamique, poursuivant des objectifs technocratiques et de reconfiguration; il est composé des approches par programmes et par

¹RRSSM, *La clientèle nécessitant des services en santé mentale* (tableaux des réalisations du *PROS.SMM*), non daté.

objectifs/résultats et de processus de suivi et de prise de décision. L'élaboration de l'instrument s'est effectuée sur deux années et intègre les étapes de la planification stratégique, tactique et opérationnelle (Pineault et Daveluy, 1986, 1995).

Pour rendre compte de l'actualisation de la réforme des services de santé mentale en Montérégie, les déterminants, la stratégie et les effets de la mise en oeuvre du PROS.SM ont été analysés. L'étude a mis en relief la rencontre mitigée des conditions venant encadrer l'implantation du *PROS.SMM*. Ainsi, malgré que le *PROS.SMM* est institutionnalisé par l'État (découlant d'une politique: la *PSM*), les acteurs principaux du système organisationnel (CH) sont peu intéressés au changement, car il remet en question leurs rôles dans l'offre des services de santé mentale. La Montérégie ne reçoit, pour l'implantation de son PROS.SM, que 5% des fonds revendiqués. Le financement de développement alloué, via le *PROS.SMM*, ne constitue que 15% du budget de la santé mentale du territoire. Par ailleurs, le contexte de développement n'a pas favorisé le système à se modifier; *Le Plan de transformation* pousse davantage à la reconfiguration et à la rationalisation du réseau de la santé mentale. Le *PROS.SMM* se développe dans un état de crises paradigmatiques et de régulations, ce qui est propice au mouvement de réforme. Le concept de santé mentale supplante de plus en plus celui de maladie mentale; le rôle de l'État est aussi remis en question comme seule force régulatrice. En santé mentale, trois champs ont été identifiés: les champs médical, alternatif et de la santé (le champ réformiste). La présence de plus d'un champ dans un même domaine d'intervention encourage la désinstitutionnalisation du système. Par contre, cette situation pousse à une dynamique interorganisationnelle conflictuelle, favorisant le maintien du statu quo et complexifiant la stratégie des gestionnaires de l'instance régionale.

Pour intéresser les acteurs du réseau à la réforme des services de santé mentale, la RRSSSM a mis en place des comités de consultation tripartites; elle a aussi investi dans la formation des professionnels de la santé mentale. La structuration tripartite est intéressante, puisqu'elle incorpore dans le processus décisionnel des acteurs appuyant davantage la réforme. Elle écarte toutefois les acteurs les plus nombreux et les plus influents du système. Les intervenants des CH et les médecins sont peu représentés dans les comités et peu rejoints par le *PROS.SMM*. Les usagers demeurent aussi absents de la planification régionale. Jouer sur la demande de services s'avère pourtant essentiel pour modifier l'offre des services. L'instance régionale a également plus ou moins réussi à stimuler un leadership collectif. Elle a su néanmoins diversifier ses tactiques d'intervention pour la mise en oeuvre du *PROS.SMM*. L'élaboration de la planification de l'organisation des services régionaux s'est inscrite dans une démarche incrémentielle.

L'intervention apparaît en voie de consolidation dans ses dimensions théorique (conception du processus de planification) et technique (mécanismes de support à la planification). D'abord, le document de planification (1989) est actuellement désuet dans ses parties tactique et opérationnelle. Le PROS.SM s'est élaboré sur des projections financières irréalistes.¹ Cet aspect a empêché le réseau de se questionner sur l'adéquation des enjeux de la réforme à la configuration du système. L'expérience a démontré l'importance d'adopter une démarche émergente pour la partie plus opérationnelle de la planification. Les recherches théoriques appuient d'ailleurs ce constat de la pertinence de valoriser un tel type de planification (Mintzberg, 1981, 1994; Quinn et College, 1992; Pettigrew, 1985). Ce dernier est jugé plus adapté à un contexte mouvant et comme plus susceptible d'être supporté politiquement. Le *PROS.SMM* demeure cependant pertinent sur le plan stratégique (identification des problèmes rencontrés dans le système, des objectifs de changements poursuivis et fixation des priorités) et pour les objectifs de restructuration qu'il poursuit (voir le tableau 2 de la section 1). *Le Plan de reconfiguration* pour le volet de la santé mentale réactualise l'instrument dans sa partie plus opérationnelle et technocratique (financement, structuration de la consultation et pour les objectifs technocratiques, faire référence au tableau 2 de la section 3.1).

Les outils à la base du *PROS.SMM* (l'approche par programmes et par objectifs/résultats, l'évaluation et les structures de concertation et de coordination) sont aussi peu consolidés. L'approche par programmes s'avère une notion ambiguë. Bien qu'elle soit fort utilisée pour la gestion régionale, elle ne configure pas vraiment le réseau organisationnel. Les systèmes d'information supportant la planification régionale sont aussi peu adéquats. De nombreux outils sont également lacunaires pour évaluer le système et pour rendre l'approche par objectifs/résultats réellement fonctionnelle. La structuration de la consultation, de la prise de décision et de la coordination pour le réseau est aussi en élaboration, etc. La complexité de l'instrument *PROS.SMM* et l'ampleur des objectifs poursuivis expliquent aussi l'institutionnalisation mitigée de l'outil, c'est-à-dire sa difficulté à intégrer les pratiques et à être légitimé. Le *PROS.SMM* est néanmoins fort diffusé. La plupart des acteurs du secteur de la santé mentale le connaissent, spécifiquement ceux mobilisés dans les structures de consultation.

La consolidation insuffisante du *PROS.SMM*, l'influence d'un contexte structurel plus ou moins favorable et l'impact de stratégies qui n'ont pas réussi à intéresser adéquatement les acteurs ont encouragé surtout 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, p. 33)». Ainsi,

¹ L'un des objectifs centraux du *PROS.SMM* est cependant l'atteinte de l'équité interrégionale.

le *PROS.SMM* a principalement eu comme impact de mettre en place les balises d'une gestion régionale et d'un mouvement de reconfiguration. La démarche de planification régionale s'inscrit, depuis l'avènement du *PROS.SMM*, davantage dans une logique de type politique. Les établissements et les organismes communautaires structurent plus leurs services en fonction de l'organisation sous-régionale et régionale. Les services tendent à être davantage donnés dans la communauté et à couvrir la gamme de services. Les organismes communautaires et les activités de réadaptation/réintégration sociales, d'entraide aux usagers et aux familles, de crise et de promotion/protection de la personne ont cependant été significativement consolidés. La Montérégie alloue plus de 60% de son budget aux interventions réalisées dans la communauté, c'est-à-dire aux activités de santé mentale autres que pour des services d'hospitalisation. La pauvreté du réseau de santé mentale montréalais encadre néanmoins l'efficacité du système (Provan et Wilward, 1995).

Par ailleurs, l'évolution temporelle pousse à la rencontre des objectifs poursuivis par le *PROS.SM*. Notre analyse a notamment mis en relief l'amélioration des conditions balisant l'implantation de la réforme. Le contexte structurel est actuellement plus favorable aux changements; la *RRSSM* a travaillé sa stratégie et elle a consolidé ses outils de gestion. Notamment, *Le Plan de transformation* inscrit le *PROS.SMM* dans un projet collectif de rationalisation et de modification de l'organisation des services sociosanitaires. Les conflits interorganisationnels, bien qu'encore importants, sont moins considérables qu'ils étaient lors des premières années de mise en opération du *PROS.SMM*. L'ordre institutionnel du domaine de la santé mentale est aussi plus perméable à l'émergence d'autres façons de concevoir et d'intervenir pour traiter les problèmes de santé mentale. Les structures de concertation sont actuellement plus adéquates à la gestion régionale et à la coordination des services (TCSR arrimées à des comités par programmes). Les gestionnaires de l'instance régionale ont également amélioré leur expertise et leur légitimité sur le plan de la planification régionale.

Tenter d'éclaircir le rôle des outils de gestion dans la production d'une réforme, nous amène donc à souligner celui d'autres conditions structurantes. Il semble qu'un changement ne peut effectivement que s'implanter dans un environnement et dans un réseau favorables (Callon *et al.*, 1986, 1989; Power, 1996). Les protagonistes d'une réforme devraient toutefois jouer sur ce contexte pour l'infléchir dans le sens des modifications planifiées. Les outils de gestion se présentent alors comme un voie intéressante pour introduire un changement stratégique. Leur développement n'est pas cependant un processus 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 utilisés encadrent également le processus de mise en oeuvre d'un changement stratégique. Vu la portée des transformations planifiées de l'organisation et de la

distribution des services et des mécanismes à déployer supportant le *PROS.SMM*, l'actualisation de la réforme des services de santé mentale en Montérégie doit être considérée comme un processus incrémentiel.

Pour implanter la réforme des services de santé mentale, cette recherche incite ainsi à consolider les outils de gestion servant à la planification régionale. Dans cette voie, la valorisation d'expériences d'ententes de coordination (plans locaux d'organisation de services - PLOS - , plans sous-régionaux de coordination de services, etc.) et de gestion de cas (équipes de réadaptation/réintégration, équipe fonctionnelle, gestionnaires de cas, etc.) est pertinente pour favoriser le développement de cette réforme dans les territoires régionaux (voir le chapitre 5). Certains mécanismes pourraient spécifiquement être élaborés pour améliorer l'efficacité des structures de concertation en termes de planification des services et de coordination des activités du réseau. Il semble également qu'un renforcement du pouvoir et du leadership de l'instance régionale permettrait une meilleure articulation de son rôle dans le processus de planification régionale. L'article qui suit «Étude de l'émergence de nouvelles formes de partenariat dans le domaine de la santé mentale (chapitre 4)» donne des pistes de recherche pour encourager la mise en oeuvre de la réforme des services de santé mentale, singulièrement l'arrimage des services.

Bibliographie:

Andreasen, Nancy, *The Broken Brain. The Biological Revolution in Psychiatry*, Perennial Library, 1985, 278 pages.

Bélanger, P.R., «Santé et services sociaux au Québec: un système en otage ou en crise? De l'analyse stratégique aux modes de régulation», *Revue internationale d'action communautaire*, 20/60, aut. 1988, pp. 145 à 155.

Berger, Peter et Thomas Luckmann, *La construction sociale de la réalité*, Paris, Meridiens Klincksieck, 1986, 288 pages.

Berry, Michel, *Une technologie invisible? L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains*, Paris, Centre de recherche en gestion, Ecole Polytechnique, juin 1983, 89 pages.

Bolland, John M. and Jan V. Wilson, «Three Faces of Integrative Coordination: A Model of Interorganizational Relations in Community-Based Health and Human Services», *Health Services Research*, vol. 29, pp. 341-366.

Bourdieu, Pierre, «Le champ scientifique», *Actes de la recherche en sciences sociales*, no 2-3, pp. 88-104 (précédemment publié en 1975: «La spécificité du champ scientifique et les conditions sociales du progrès de la raison», *Sociologie et Sociétés*, vol. 7, no 1, pp. 91-118).

Bozzini, Luciano, «De l'Italie au Québec: implication de la réforme psychiatrique italienne», *Santé mentale au Québec*, 1986, XI, 1, pp. 133-148.

Brachet, Philippe, «Problématique du partenariat de service public», *Revue politiques et management public*, vol. 13, no 1, mars 1995.

Brown, Linda, Gary B. Cox, William E. Jones, Jeanette Semke, David G. Allen, Lewayne D. Gilchrist and Jan Sutphen-Mroz, «Effects of Mental Health Reform on Client Characteristics, Continuity of Care and Community Tenure», *Evaluation and Programm Planning*, Vol. 17, No. 1, 1994, pp. 63-72.

Callon, Michel et Bruno Latour, «Les paradoxes de la modernité. Comment concevoir les innovations», *Prospective et Santé*, hiver 1986, pp.13-25.

Callon, Michel (dir.), «La protohistoire d'un laboratoire (chapitre 2)», *La Science et ses réseaux*, Paris, La Découverte, 1989, pp. 66-116.

Champagne et al., *Évaluation des effets et du processus d'implantation du projet «ACCES»*, U de M, GRIS (R95-10), octobre 1995, 37 p.

Charue-Duboc, Florence, *Des savoirs en Action. Contribution à la recherche en gestion*, Paris, L'Harmattan, Logiques de gestion, 1994, 175 p.

Chin, Robert et Kenneth D. Benne, «Stratégies générales pour la production de changements dans les systèmes humains», dans Tessier, Roger et Yvan Tellier, *Théories du changement social intentionnel. Participation, expertise et contrainte*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 1991, pp. 2-33.

- Cohen, D. Michael, James G. March and Johan P. Olsen, «A Garbage Can Model of Organizational Choice», Administrative Science Quarterly, volume 17, no 1, 1972, pp. 1-25.
- Conrad, A. Douglas, «Coordinating Patient Care Services in Regional Health Systems. The Challenge of Clinical Integration», Hospital & Health Administration, Vol. 38, No. 4, Winter 1993, pp. 491-508.
- Contandriopoulos, André-Pierre, «L'Évaluation dans le domaine de la santé», Bulletin, vol. XXXIII, no 1, 1993.
- Contandriopoulos, André-Pierre, «Transformer le système de santé», Ruptures. Revue transdisciplinaire en santé, U de M, GRIS, volume 3, numéro 1, 1996, pp. 10-17.
- Corin, E., L. Tessier, G. Séguin-Tremblay, L. Bozzini et F. Grunberg (pour le Comité de la santé mentale du Québec, MSSS), Sortir de l'asile, Les Publications du Québec, 1986, 480 pages.
- Covaleski, Mark A. and Mark W. Diermith, «MBO and Goal Directedness in a Hospital Context», Academy of Management Review, vol. 6, no 3, 1981, pp. 409-418.
- CRSSSM, Plan régional d'organisation des services en santé mentale, 1991, 219 pages.
- Degeorges, Olivier, Eric Monnier et Vincent Spenlehauer, «L'évaluation comme outil de légitimation: le cas des grandes organisations internationales», Revue politique et management public, vol. 8, no 4, 1990, pp. 1-23.
- Demers, Christiane et Pierre Simard, «Les théories du changement en sciences de la gestion: fondements, analogies et avenue de dépassement», U de M, HEC, Cahier de recherche, no. 93-17, mars 1993.
- Denis, Jean-Louis, Ann Langley et Daniel Lozeau, «Anatomie d'un outil de gestion: la planification stratégique dans les organisations publiques de santé», Sciences Sociales et Santé, vol. X, no 1, mars 1992.
- Denis, Jean-Louis, Ann Langley et Linda Cazale, «Peut-on transformer les anarchies organisées? Leadership et changement radical dans un hôpital», Rupture. Revue transdisciplinaire en santé, U de M, GRIS, vol. 2, no 2, 1995, pp. 165-190.
- Denis, Jean-Louis et François Champagne, «Pour comprendre le changement dans les organisations», Gestion, février 1990, pp. 44-55.
- Denis, Jean-Louis, Marie-Josée Fleury, François Champagne, André-Pierre Cantandriopoulos, Ann Langley, Raynald Pinault et Claude Sicotte, «La planification et le changement. Analyse de l'expérience des PROS dans le système de santé au Québec», La planification régionale des services sociaux et de santé. Enjeux politiques et méthodologiques, Collectif sous la direction de Mireille Tremblay, Hung Nguyen et Jean Turgeon, Les Publications du Québec, 1996, pp. 41-49.
- Donabedian, A., «Aspects of Medical Care Administration», Health Administration Press, Ann Arbor, 1973.
- Doyen, Réjean et Mihaela Firsiroiu, «Comparaison de deux paradigmes sur le changement organisationnel. Le paradigme radical et le développement organisationnel», dans Tessier, Roger et Yvan Tellier, Théories du changement social intentionnel. Participation, expertise et contrainte, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 1991, pp. 145-167.
- Drazin, Robert et Andrew H. Van de Ven, «Alternative Forms of Fit in Contingency Theory», Administrative Science Quarterly, vol. 30, décembre 1985, pp. 514-539.
- Fasolo, Emma and Renato Frisanco, «Mental Health Care: Recent Developments in Italy», Social Policy & Administration, Vol. 25, No. 3, September 1991, pp. 218-226.
- Fleury, Marie-Josée et al., «Étude des conditions d'implantation d'un changement. Une analyse de l'institutionnalisation et de la désinstitutionnalisation des champs du système sociosanitaire relatif à la problématique du SIDA», 1998, (à paraître).
- Ford, C. Robert, Frank S. McLaughlin et James Nixdorf, «Ten Questions about MBO», California Management Review, vol. XXIII, no 2, 1980, pp. 88-94.
- Galbraith, J.R., «Matrix Organization Designs», Business Horizons, vol. 14, no 1, 1971, pp. 29-40.
- Giddens, Antony, La construction de la société, Paris, Presses Universitaires de France, 1987, 474 pages.
- Gillies, Robin R. and al., «Conceptualizing and Measuring Integration: Findings from the Health Systems Integration Study», Hospital & Health Services Administration, Vol. 38, Vol. 4, 1993, pp. 467- 488.
- Greenwood, Ronald G., «Management by Objectives: as Developed by Peter Drucker, Assisted by Harold Smiddy», Academy of Management Review, vol. 6, no 2, 1981, pp. 225-230.
- Greenwood, Royston and C.R. Hinings, «Understanding Strategic Change: the Contribution of Archetypes», Academy of Management Journal, 1993, vol. 36, no 5, pp. 1052-1081.
- Greenwood, Royston and C.R. Hinings, «Understanding Radical Organizational Change: Bringing Together the Old and the New Institutionalism», Academy of Management Review, 1996, vol. 21, no 4, pp. 1022-1054.
- Greiner, E. Larry et Arvind Bhambri, «New CEO Intervention and Dynamics of Deliberate Strategic Change», Strategic Management Journal, vol. 10, 1989, pp. 67-86.
- Hamel, Pierre, «Contrôle ou changement social à l'heure du partenariat», Sociologie et sociétés, vol. XXV, no 1, printemps 1993, pp. 173-188.
- Johnson, Gerry, «Rethinking Incrementalism», Strategic Management Journal, vol. 9, 1988, pp. 75-91.
- Kuhn, T.S. La structure des révolutions scientifiques, Paris, Flammarion, 1983.

- Lamoureux, Jocelyne, Le partenariat à l'épreuve, Montréal, Editions Saint-Martin, 1994, 235 pages.
- Lesemann, F., «Éclatement ou recomposition du social? Quelques réflexions à partir de la situation du Québec et d'ailleurs...», Revue internationale d'action communautaire, 20/60, aut. 1988, pp. 125-129.
- March, J.G. «Réflexions sur le changement dans les organisations», Décisions et organisations, chapitre 4, Paris, 1991, pp. 87-107.
- Mintzberg, Henry, «Research Notes and Communications. What is Planning Anyway?», Strategic Management Journal, vol. 2, no 2, 1981, pp. 319-324.
- Mintzberg, Henry, «Les nouveaux rôles de la planification, des plans et des planificateurs», Gestion, mai 1994, pp. 6-13.
- Mintzberg, Henry, The Rise and Fall of Strategic Planning, New York, The Free Press, 1994, 458 pages.
- MSSS, Comité de la santé mentale (Boulet, Christian), Synthèse d'une consultation sur l'efficacité des modes d'intervention en santé mentale, Québec, 1985, 162 pages.
- MSSS, Direction de la santé mentale (Voïtchovska, Claudia), Plans régionaux de services en santé mentale: document d'appui à la planification, Québec, 1989.
- MSSS, Direction de la santé mentale (Voïtchovska, Claudia), Plans régionaux de services en santé mentale: vision d'ensemble et canevas de planification, Québec, 1989.
- MSSS, La Politique de la santé mentale, Québec, 1989.
- MSSS-CRSSS (comité sur la gestion par programme et l'allocation des ressources), Cadre conceptuel pour l'opérationnalisation de la notion de programme, 1992, 27 pages.
- MSSS, La Transformation des services de santé mentale: orientation jusqu'en 2002. Document de consultation, novembre 1996, 27 p.
- MSSS, (Potvin, Nelson), Bilan d'implantation de la Politique de santé mentale, Québec, 1997.
- Newman, Michael and Fith Noble, «User Involvement as an Interaction Process: A Case Study», The Institute of Management Sciences, March 1990, pp. 89-113.
- Oliver, Christine, «The Antecedents of Deinstitutionalization», Organization Studies, 1992, vol. 13, no 4, pp. 563 à 588.
- Patton, Michael Quinn, Qualitative Evaluation and Research Methods, California, Sage Publications, Inc., 1990, 532 pages.
- Pettigrew, Andrews, «Examining Change in the Long-Term Context of Culture and Politics», dans Pennings et ass. (eds), Organizational Strategy and Change. London, Jossey-Bass, 1985, pp. 269-319.
- Pineault, Raynald et Carole Daveluy, La planification de la santé. Concepts, méthodes et stratégies, (2^e édition/1^{er} édition: 1986) Montréal, Éditions Nouvelles, 1995, 480 pages.
- Powell, W.W. et P.J. Diamaggio, «Introduction», dans The New Institutionalism in Organizational Analysis, The University of Chicago Press, 1991, pp. 1-40.
- Power, Michael, «Making Things Auditable», Accounting, Organizations and Society, vol. 21, no 2/3, pp. 289-315, 1996.
- Pritchard, Colin and Alex S. Cunliffe, «Mental Health Policy», Social Policy & Administration, Vol. 17, No. 1, Spring 1983, pp. 32-45.
- Provan, Keith. G. and H. Brinton Miward, «A Preliminary Theory of Interorganizational Network Effectiveness: A Comparative Study of Four Community Mental Health Systems», Administrative Science Quarterly, Vol. 40, 1995, pp. 1-33.
- Quinn, Brian James and Dartmouth College, «Managing Strategic Change», Sloan Management Review, vol. 21, été 1980, pp. 3-20.
- Ramaprasad, Arkalgud, «Revolutionary Change and Strategic Management», Behavioral Science, vol. 27, 1982, pp. 387-392.
- Rodgers, Robert and John E. Hunter, «A Foundation of Good Management Practice in Government: Management by Objectives», Public Administration Review, Vol. 52, No. 1, January/February, 1992, pp. 27-39.
- Ross, Austin, «Organizational Linkages: Management Issues and Implications», New England Journal of Medicine, October 1979, pp. 812-818.
- RRSSSM, Vers un virage santé et bien-être. Plan stratégique 1995-1998 de transformation du système - Montérégie -, 1^{er} trimestre 1995, 46 p.
- RRSSSM, Panier de services - Reconfiguration du réseau 1997-2000 - santé mentale, septembre 1996.
- RRSSSM, Portraits sous-régionaux préparés dans le cadre du plan de réorganisation du réseau 1997-2000, septembre 1996.
- Scott, W. R. and Meyer, J.W., «The Organisation of Societal Sectors: Propositions and Early Evidence», dans W.W. Powell et D.J. Diamaggio (eds.), The New Institutionalism in Organization Analysis, Chicago, University of Chicago Press, chap. 5, 1991, p. 108-140.
- Shore M.F. and M.D. Cohen, «The Robert Wood Johnson Foundation Program on Chronic Mental Illness: An Overview», Hospital and Community Psychiatry, 1990, vol. 41, pp. 1212-1216.
- Thompson, Kenneth R., Fred Luthans et Willbann D. Terpening, «The Effects of MBO on Performance and Satisfaction in a Public Sector Organization», Journal of Management, 1981, Vol. 7, No 1., pp. 53-68.

Turgeon, Jean et Réjean Landry, «Les plans régionaux d'organisation de services de santé et sociaux au Québec: un dispositif de mise en cohérence de l'action publique?», Politiques et management public, vol. 13, no 4, décembre 1995, pp. 115-130.

Tushman, L. Michael and Elaine Romanelli, «Organizational Evolution: A Metamorphosis Model of Convergence and Reorientation», Research in Organizational Behavior, Edition L.L. Cummings and B. Staw, Jai Press, 1985, vol. 7, pp. 171-222.

Van de Ven, H. Andrew and Marshall Scott Poole, «Explaining Development and Change in Organizations», Academy of Management Review, august 1994.

White, Deena, Céline Mercier et Denise Roy, Concertation et continuité de soins en santé mentale: trois modèles montréalais, GRASP, Rapport présenté au Conseil québécois de la recherche sociale, Juillet 1993.

CHAPITRE 4 : Étude de l'émergence de nouvelles formes de partenariat dans le domaine de la santé mentale (deuxième article)

Résumé

Cet article s'intéresse à l'impact de la planification régionale sur la création de réseaux intégrés de services de santé mentale. *La Politique de santé mentale* (1989) renforce l'importance d'associer les sociétés civiles à la planification des services et de développer des réseaux coordonnés et continus de services. De nouvelles formes de partenariat dans le domaine de la santé mentale au Québec sont ainsi mises de l'avant. Par une étude de cas, l'article tend à mieux comprendre ces dernières pour la région sociosanitaire de la Montérégie. L'analyse met en relief l'impact de la nature mandatée de la collaboration interorganisationnelle (CIO), de son statut mi-corporatif et mi-d'alliance, de la divergence du réseau, de l'asymétrie du pouvoir dans le système et des dynamiques régionales et locales sur le parcours du partenariat. En réponse à ce contexte, la CIO dans cette région sociosanitaire s'est déployée partiellement. Pour favoriser la construction de réseaux intégrés de services, plusieurs stratégies et mécanismes sont proposés, particulièrement la consolidation du rôle de leader de la région régionale, le renforcement du pouvoir local, l'accentuation de la dispersion du pouvoir dans le système, la formation d'un continuum d'agents de planification/coordination et la formalisation des échanges. L'étude débouche sur l'importance d'investir davantage dans la recherche normative pour encourager l'arrimage des services de santé mentale et l'efficacité du système.

Introduction

Pour améliorer l'efficacité organisationnelle, palier à l'incertitude environnementale et minimiser l'impact de la limitation des ressources en période de crise économique, les organisations forment de plus en plus des coalitions interorganisationnelles (Cook, 1977). Ces dernières permettent aussi de mieux affronter l'évolution de la technologie et des connaissances et les demandes politiques (Lawless et Moore, 1989). En santé mentale, l'intégration des services est le modèle de structuration jugé comme le plus efficace et le plus pertinent pour répondre aux besoins de la clientèle (Provan et Milward, 1994 et 1995; Provan *et al.*, 1996; Shore et Cohen, 1990; Dill et Rochefort, 1989), principalement en raison de la nature multidimensionnelle de la maladie mentale et de la difficulté de la science médicale à traiter les cas de diagnostic lourd (Andreasen, 1985; MSSS, 1985). Depuis *La Politique de santé mentale* (PSM, 1989), les distributeurs de services des régions sociosanitaires sont particulièrement invités à former des réseaux coordonnés et continus de santé mentale. Les acteurs organisationnels des établissements, du communautaire et de l'intersectoriel¹ sont mobilisés, par les régions régionales, pour arrimer leurs services aux niveaux régional et local. De nouvelles formes de partenariat sont ainsi développées (Lamoureux, 1994; Hamel, 1993; Tremblay, 1995). Le partenariat, puisqu'il implique la participation à la gestion du système de représentants de régulations locales et centrales, devrait ajuster la distribution des services aux besoins de la population sur les plans régional et interrégional, tout en respectant la

¹L'intersectoriel rassemble des acteurs des municipalités, des commissions scolaires, des syndicats et de la justice. Des groupes connexes à la santé mentale peuvent aussi être intégrés à ce tiers tels que des ressources s'occupant de problèmes d'itinérance, de violence faite à l'endroit des femmes, etc.

capacité financière de l'État. Au Québec, l'intégration des services implique la constitution de réseaux intégrés d'acteurs organisationnels dont les ressources financières et le statut diffèrent. Une telle forme d'intégration contribue à diversifier l'offre des services et à améliorer leur accessibilité. Elle s'avère aussi plus créative et moins fragile face aux changements qu'une structuration de services à dispensateur unique (Simon, 1962 dans Provan et Milward, 1995; White *et al.*, 1993). L'intégration des services entraîne ainsi au Québec la constitution de nouvelles formes de partenariat et de réseaux régionaux et locaux coordonnés et continus de services de santé mentale.

Par une étude de cas, cet article propose d'étudier l'inscription du partenariat sur les plans régional et local comme nouvelle forme de régulation du secteur de la santé mentale. L'analyse s'intéresse à l'impact du *Plan régional d'organisation des services de santé mentale de la Montérégie (PROS.SMM, 1991)* sur les relations interorganisationnelles et la construction d'un réseau régional et de réseaux locaux en ce domaine. Trois approches en théorie des relations interorganisationnelles encadrent l'étude: le modèle des échanges interorganisationnels, de l'économie politique et des déterminants de la collaboration. Après la présentation des cadres théorique et méthodologique, la CIO en santé mentale en Montérégie est examinée selon quatre dimensions: la coordination structurelle (section 4.2), les déterminants de l'implantation de la CIO (section 4.3) et les dynamiques régionale et locales (sections 4.4 et 4.5). Les enjeux et les défis du partenariat en santé mentale comme mode de régulation sont discutés en conclusion. Dans le domaine de la théorie des relations interorganisationnelles, la tendance est à décontextualiser les relations entre organisations et à exagérer les causes rationnelles motivant les acteurs à former des alliances (Knights *et al.*, 1993). De même, peu de recherches s'intéressent à la dynamique des réseaux («network evolution») (Lawless et Moore, 1989; Whetten, 1981). Par la présentation d'un modèle d'analyse de la CIO en quatre dimensions, cet article tend à combler, sur le plan théorique, les lacunes soulevées de l'étude de la CIO. D'un point de vue empirique, il effectue le bilan de l'impact du *PROS.SMM* sur la CIO et sur l'arrimage des services de santé mentale pour ce territoire sociosanitaire. Il apporte aussi des pistes de recherche pour améliorer l'intégration des services de santé mentale au Québec.

4.1. Cadres théorique et méthodologique

L'étude de la CIO en santé mentale au Québec fait référence à l'analyse d'un réseau (Callon *et al.*, 1986, 1989; Stern, 1979; Knights *et al.*, 1993) et au partenariat.¹ Un réseau est défini comme un ensemble d'organisations plus ou moins connectées, distribuant des services à une même clientèle et répondant à des objectifs communs. L'analyse d'un réseau se différencie d'autres formes de coordination (notamment «action set» et «organization set»²) par l'importance donnée à l'ensemble des liens constitutifs d'une collaboration. Le partenariat se définit comme le partage organisé d'une partie de la décision publique (Brachet, 1995). Le partenariat implique une nouvelle association des forces de régulation centrale et locale: de l'État et des sociétés civiles (entité autonome et autorégulée). L'introduction de forces locales à la régulation étatique vise à faire émerger des solutions alternatives à celles des appareils macro-économiques (États, grands groupes), à favoriser l'introduction de critères sociaux et culturels à côté d'une rationalité purement économique et pousse vers une forme de décentralisation (Tremblay, 1995). Le terme local peut désigner un territoire administratif ou politique, un arrondissement urbain, une municipalité, une région ou une sous-région. Les sociétés civiles sont les dépositaires du développement local. Les frontières entre ces notions, développement local/central et sociétés civiles/État, sont cependant difficile à préciser. Comme l'affirme White (1993), «il est devenu très difficile d'établir une distinction entre les organisations qui représentent l'État ou agissent en son nom et les organisations qui se veulent autonomes et autorégulées, parce qu'il se produit une interpénétration de l'État et de la société civile, du centre et du local, même à l'intérieur de ces organisations (p. 79)». L'incorporation d'un acteur dans un groupe plutôt que dans un autre s'avère donc davantage relative à sa position comparative dans le jeu de la régulation à l'étude.

Depuis les années 1980, les crises économiques et des régulations forcent à repenser les modes de structuration du pouvoir. Engendrées par le constat de l'incapacité de l'État québécois d'affronter ces crises et de mater la marginalisation progressive de la population, des formes de régulation sociale autres que sous l'emprise de l'État providence sont présentées. Ces modes, pour la plupart, ne sont pas nouveaux, mais prennent une ampleur accentuée et de contours de plus en plus légitimés. Particulièrement, le développement local constitue une forme de régulation de plus en plus primée. D'une part, partie d'un mouvement social de base, cette initiative de la société civile a pour objectif de venir suppléer aux lacunes en matière d'action étatique. D'autre part, le développement local est de plus en plus initié et valorisé par l'État (Germain et Hamel, 1985),

¹Pour la santé mentale, les notions de partenariat, de CIO et de réseau sont utilisées sans grande différenciation.

²L'«organization set» est définie par Whetten (1981) comme la somme des relations interorganisationnelles établies par une organisation. Les relations interorganisationnelles s'organisent donc autour d'une organisation particulière. L'«action sets» se différencie de cette première forme par le fait que les relations interorganisationnelles se développent autour d'un projet commun. Lorsque ce dernier se finalise, les relations interorganisationnelles se terminent aussi.

puisqu'il le désinvestit de ses responsabilités vis-à-vis la population civile à une période où ses ressources sont de plus en plus restreintes. Il contribue aussi à responsabiliser les citoyens. Dans les années 1960-1970, l'État a eu tendance à ne point concevoir le «local comme un système différent de lui-même, avec lequel il faut aménager les relations, négocier les décisions; au contraire, le local était devenu soit le dernier échelon du central, soit son lieu d'intervention composé non pas de communautés dynamiques et de citoyens actifs, mais de bénéficiaires, d'usagers, d'«affectés» par le système central. Le local n'était plus un système actif (Godbout, 1985, p.126)».

Mouvements initiés et tout à la fois soutenus par la société civile et par l'État, les mouvements locaux prennent diverses formes et ils s'inspirent de différents courants idéologiques. Ils prennent néanmoins de nouvelles tendances depuis les années 1980. D'un côté, ils rejoignent de plus en plus les services sociosanitaires (Fortin, 1994). De l'autre, ils sont mobilisés davantage à développer des ouvertures partenariales avec l'État. Dans le domaine de la santé mentale, deux formes sont particulièrement représentatives de cette tendance: le processus de décentralisation et la consolidation des ressources communautaires et des CLSC¹. En santé mentale, le processus de régionalisation s'accroît à partir de 1989 (*PSM*), époque où les instances régionales sont appelées à planifier et à coordonner ces services au niveau régional. Dans ce domaine, la tendance est également à la décentralisation des services dans des espaces locaux (MRC ou sous-régions). De même, les groupes communautaires consolident leur position pour avoir droit de regard sur la régulation des services de santé. Depuis 1989, ces derniers et les CLSC sont mobilisés avec les CH à participer à la planification du secteur de la santé mentale. Dans toutes les régions sociosanitaires, des comités tripartites de santé mentale, rassemblant des acteurs des établissements, du communautaire et de l'intersectoriel, sont implantés par les régies régionales afin de mettre en oeuvre les PROS. Ces derniers visent notamment à créer, sur les plans régional et local, des réseaux de santé mentale intégrés et plus conformes aux besoins diagnostiqués de la clientèle. Les plans de transformation renforcent cette tendance, puisque le système est davantage contraint à la rationalisation et au virage ambulatoire. Le partenariat, incorporant les forces centrales et locales, et s'articulant par l'implantation de réseaux de santé mentale intégrés, est donc particulièrement mis de l'avant pour faire face à la crise économique actuelle et aux problèmes diagnostiqués de la structuration des services de santé mentale (*PSM*, 1989).

De la théorie interorganisationnelle, trois approches sont intéressantes pour étudier le partenariat en santé mentale et la création de réseaux coordonnés et continus de services: les modèles des

¹ Les CLSC ont un statut mitigé dans le réseau, puisqu'ils représentent l'État et les sociétés civiles. Particulièrement, la localité, la participation locale et les pratiques communautaires sont des dimensions importantes de la gestion en CLSC (Doré, 1992; Doucet et Favreau, 1991).

échanges interorganisationnels, de l'économie politique et des déterminants de la collaboration. Le modèle des échanges interorganisationnels («the exchange perspective») est surtout identifié à l'étude microsociologique des relations interorganisationnelles (Levine et White, 1961; Thompson, 1969; Jacobs, 1974). Le modèle de l'économie politique («the power-dépendency approach») est plutôt associé à l'analyse macrosociologique, c'est-à-dire que la CIO est examinée par rapport à son contexte socio-économique (Benson, 1975; Stern, 1979; Schmidt et Kochan, 1977). Ce deuxième modèle considère aussi, plus que ce premier, la dimension politique des échanges entre acteurs organisationnels. L'intégration des deux approches apparaît pertinente, l'une ayant fort conceptualisé l'analyse des dynamiques internes propres aux relations interorganisationnelles et l'autre, l'influence des forces externes sur la construction et le développement de la CIO. Certains auteurs se sont aussi intéressés aux conditions facilitant ou entravant un changement dans les formes et l'intensité de la collaboration (Gray, 1985; McCann, 1983; Whetten, 1981; Denis et al., 1990).

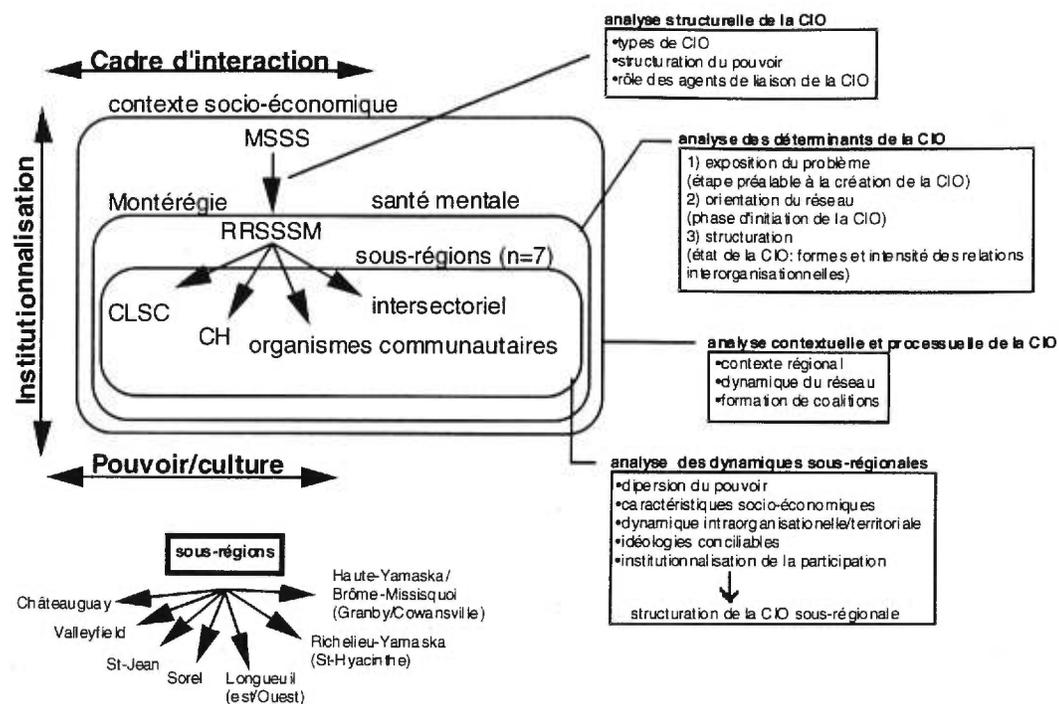
Le modèle présenté pour étudier la CIO en santé mentale en Montérégie s'inspire de ces approches en théorie des relations interorganisationnelles et de l'analyse du partenariat. Particulièrement, quatre perspectives d'analyse encadrent la recherche, permettant ainsi de cerner la dynamique singulière d'un domaine public et sociosanitaire (voir la figure 1): la configuration structurelle d'un réseau (Whetten, 1981; Hall et al., 1977; Lawless et Moore, 1989; Knights, 1983), les déterminants de la CIO (Gray, 1985; McCann, 1983; Denis et al., 1990), l'analyse contextuelle et processuelle d'un réseau (Stern, 1979; Benson, 1975) et les dynamiques locales¹. L'analyse structurelle de la CIO fait référence à la configuration du pouvoir d'un réseau et aux types de collaboration qui y sont initiés (collaboration volontaire, formelle ou mandatée/corporation, alliance ou ajustement mutuel - Whetten, 1981; Hall et al., 1977 -). Elle met particulièrement en perspective l'importance du rôle des agents de liaison dans le développement du partenariat.

L'analyse structurelle étant venue donner les balises de la configuration de la CIO, l'étude des déterminants souligne les conditions entravant ou facilitant la construction d'un réseau interorganisationnel, lesquelles répondent de l'institutionnalisation de la collaboration (Gray, 1985). Les déterminants sont examinés en trois périodisations: l'exposition du problème («problem-setting»), l'orientation du réseau («direction-setting») et la structuration («structuring»). Le passage d'une étape à l'autre est significatif de la consolidation de la CIO. Des conditions propices à la mise en oeuvre d'un réseau sont répertoriées pour chacune de ces étapes; la typologie a été adaptée à

¹ Les termes local et sous-régional sont employés ici sans distinction.

l'étude (voir tableau 1).¹ L'exposition du problème constitue l'étape initiale dans laquelle les acteurs organisationnels se rendent compte qu'ils ne sont pas, eux-mêmes, capables d'affronter une situation problématique. Ils prennent ainsi conscience de leurs limites organisationnelles et ils cherchent à créer un réseau (reconnaissance d'une interdépendance et intérêt à collaborer ou gains à retirer de la collaboration). Des partenaires, de légitimité et d'expertise adéquates, sont alors choisis.

Figure 1: Modèle d'analyse de la CIO en santé mentale en Montérégie



L'étape préalable à l'émergence d'une collaboration étant terminée, l'orientation du réseau ouvre la phase d'initiation de la CIO. Ici, les discussions s'enclenchent pour la création du partenariat. Pour la poursuite de la constitution du réseau, il importe, qu'à cette étape, les partenaires véhiculent des idéologies compatibles pour le domaine d'intervention et des orientations conciliables pour le traitement des problèmes identifiés. Les structures et les processus organisationnels doivent, de même, être compatibles; chaque acteur organisationnel, appelé à collaborer, participer d'une façon

¹ Pour l'étape de l'exposition du problème, le modèle de Gray (1985, p. 918) comprend «recognition of interdependence», «identification of a requisite number of stakeholders», «perceptions of legitimacy among stakeholders», «legitimate/skilled convenor», «positive beliefs about outcomes» et «shared access power». Pour la phase d'orientation du réseau, les catégories identifiées sont «coincidence of values» et «dispersion of power among stakeholders». Enfin, à la période de structuration, nous retrouvons: «high degree of ongoing interdependence», «external mandates», «redistribution of power» et «influencing the contextual environment».

acceptable à la prise de décision du réseau. À cette étape, une certaine dispersion du pouvoir entre les acteurs est également de mise. Selon Cook (1977), les acteurs auraient d'ailleurs tendance à valoriser les relations interorganisationnelles avec des organisations de pouvoir relativement égalitaire, parce qu'il y aurait moins de coût attaché à ce type de collaboration. En périodes de contrainte économique, les acteurs organisationnels moins avantagés en termes de pouvoir sont cependant davantage portés à former des alliances avec des partenaires plus importants, afin d'améliorer leur position concurrentielle sur le marché.

Tableau 1: Évolution de la collaboration par phases d'implantation

Exposition du problème	Orientation du réseau	Structuration
•identification de problèmes compatibles	•idéologies conciliables pour le domaine d'intervention	•redistribution du pouvoir
•reconnaissance d'une interdépendance	•solutions compatibles	•création de structures latérales de coordination
•intérêt à collaborer ou gains à retirer de la collaboration	•structures et processus organisationnels compatibles	•institutionnalisation de visions compatibles
•reconnaissance des partenaires (légitimité et expertise)	•dispersion du pouvoir dans le réseau	•implantation de pratiques interorganisationnelles

*Typologie adaptée de Gray (1985)

À la phase de structuration, le pouvoir est redistribué entre les membres de la CIO. À long terme, le pouvoir à l'intérieur d'un réseau tendrait d'ailleurs à s'équilibrer, ce qui pousse les organisations avantagées dans une collaboration à limiter le temps de l'association (Cook, 1977). Du moins, la collaboration devrait entraîner une flexibilité dans la gestion des ressources du réseau. La flexibilité des ressources témoigne de la facilité avec laquelle les organisations peuvent coopter des ressources d'autres organisations selon leurs besoins ou de la capacité d'un tiers-parti (notamment l'instance régionale) à réallouer les ressources en fonction des changements dans les priorités d'intervention. La structuration est aussi la période significative pour le développement d'une certaine ambiguïté des rôles. Les acteurs participants à une CIO se retrouvent ainsi partagés entre répondre à leurs objectifs organisationnels versus ceux du réseau, c'est-à-dire ceux émanant de la planification régionale (*PROS.SMM*). Une vision compatible du domaine d'intervention et des pratiques interorganisationnelles sont alors développés pour gérer l'ambiguïté. La structuration rend compte de l'état de la CIO: des formes et de l'intensité du partenariat véritablement mis en oeuvre.

Pour la CIO mandatée par l'État, la réussite de l'étape de l'exposition du problème pour enclencher le partenariat (passer à la phase d'orientation) est exclue, car les acteurs sont obligés d'adhérer au réseau. Également, une CIO de type volontaire, si elle ne répond aux conditions de l'étape d'orientation du réseau aura tendance à se relâcher. À long terme, si la situation ne change pas à l'avantage d'une convergence du réseau, la CIO prendra tout possiblement fin. Cependant, la CIO mandatée par l'État doit persévérer malgré que les membres se montrent peu coopérants, jusqu'à

temps que les acteurs réussissent à faire changer la législation les obligeant à collaborer. De fait, un tel type d'association aboutira à peu de résultats à sa phase de structuration. L'évolution de la coopération peut néanmoins prendre une tendance opposée: les acteurs récalcitrants à la collaboration peuvent devenir des partisans importants de l'institutionnalisation du réseau. Cette situation demande toutefois que l'environnement socio-économique pousse en ce sens et une stratégie adéquate soutenue par des agents de coordination. Pour les relations de type mandaté: «increased coordination was associated with positive judgements of competence and performance, minimization of conflict, and frequency of contact (Gray, 1985, p. 929).»

La littérature sur ce type de CIO a tendance à sous-estimer l'importance de la compatibilité idéologique et de la dispersion du pouvoir dans la création d'un réseau: «for mandated relationships, philosophical compatibility was judged to be irrelevant, and power negotiations were found to be less significant because status differences among the stakeholders had already been established (Gray, 1985, p. 929; Hall *et al.*, 1977; Whetten, 1981)». Pourtant, les divergences idéologiques sont souvent à l'origine des conflits interorganisationnels. La distribution du pouvoir entre les membres obligés de collaborer peut aussi être contestée. Les CIO mandatées peuvent également fortement diverger, notamment être plus ou moins fluides sous l'angle des mandats des organisations et réglementées au sujet du processus de collaboration (Friend et Jessop, 1969; Colt, 1970; Widner, 1973 dans Gray, 1985). Bien que les divergences idéologiques et l'inégalité des acteurs ne remettent pas en question la collaboration mandatée, la dynamique interorganisationnelle peut en ressortir ainsi bien perturbée.

La CIO est par la suite analysée sous l'angle de sa dynamique et de son contexte régional d'implantation. Il s'agit de mieux comprendre les processus et les conditions régionales qui ont mené à la structuration de la CIO (les formes et l'intensité de la CIO). «An understanding of process as interorganizational activity requires an analysis of incentives for action, political interests, and constraints imposed by existing structures (Stern, 1970, p. 246).» La configuration de la CIO est traitée selon cinq phases, surtout orientées autour du développement des structures de concertation: 1) la période d'avant la mise en oeuvre du *PROS.SMM* (1989); 2) de 1989 à 1991, soit la période d'élaboration de la planification régionale (*PROS.SMM*); 3) de 1991 à 1993, soit la première phase d'implantation du *PROS.SMM*; 4) de 1993 à 1996, soit la deuxième étape d'implantation du *PROS.SMM* caractérisée par le changement des structures de concertation; 5) 1996, année marquée par une autre modification de la participation à la CIO. L'analyse met aussi en relief le rôle des coalitions dans le parcours de la CIO. La formation de coalitions est relevée comme la principale stratégie de mobilisation des organisations d'un réseau à pouvoir déséquilibré entre acteurs et négativement connecté, soit d'un réseau divergent. La formation de coalitions

s'effectue surtout entre organisations de même catégorie d'échange et, plus souvent qu'autrement, entre celles moins avantagées dans la structuration du pouvoir (Cook, 1977).

L'étude s'intéresse enfin aux variations sous-régionales de la CIO et aux facteurs explicatifs de cette structuration. L'étude de la CIO au plan sous-régional apparaît importante, puisque les acteurs organisationnels arrivent leurs services principalement à ce niveau. Pour étudier l'organisation de la CIO au plan local, nous reprenons certaines des mesures des modèles d'analyse contextuelle et processuelle et des déterminants de la CIO qui apparaissent ici modérer le partenariat. Sont ainsi considérées comme mesures de l'implantation de la CIO sur le plan local: la dispersion du pouvoir en termes de ressources et de capital politique, les caractéristiques socio-économiques, la dynamique intraterritoriale et interorganisationnelle (entre l'institutionnel, entre le communautaire et entre ces deux groupes), la compatibilité des idéologies et l'institutionnalisation de la participation. Pour les sept sous-régions de la Montérégie, une présentation de la dynamique interorganisationnelle est d'abord réalisée. Ensuite, l'impact des caractéristiques locales sur la configuration de la CIO est discuté.

4.1.2. Méthodologie

Pour examiner l'impact du *PROS.SMM* sur le partenariat en santé mentale, nous avons procédé à une étude de cas. Cette méthode est la plus utilisée pour expliciter le processus de mise en cohérence des échanges qui prennent forme dans des réseaux interorganisationnels (Stern, 1979; Gray, 1985). La Montérégie présente un intérêt certain, puisqu'elle est l'une des régions sociosanitaires ayant le mieux intégré les organisations interagissant en santé mentale et les forces locales et centrales à la construction de ses réseaux (voir le chapitre 5). Cette étude de cas s'appuie sur une revue de littérature substantielle de sources primaires (procès-verbaux, correspondances, documents administratifs, orientations et politiques régionales et ministérielles, etc.) et secondaires (sur la santé mentale et le mouvement communautaire) et sur un nombre important d'entrevues effectués auprès d'une diversité d'acteurs à tous les niveaux d'intervention, qui ont pour la plupart siégé sur l'une ou l'autre des structures de concertation mises en place pour concrétiser la planification régionale dont la construction de réseaux de santé mentale. Les entrevues étaient de nature semi-dirigée d'une durée moyenne d'une heure trente.

En Montérégie, 143 personnes ont été rencontrées, dont 86 en entrevue individuelle, afin de cerner leurs perceptions de la constitution des réseaux et de la notion de partenariat. De ces entretiens, 31 ont été réalisés avec des acteurs de l'institutionnel, 29 avec des coordonnateurs du secteur communautaire, 8 avec des professionnels du milieu intersectoriel et 18 avec des gestionnaires de

la RRSSSM. Les entrevues collectives ont été effectuées avec 57 usagers du réseau de santé mentale et leurs proches. Plus spécifiquement, les acteurs étaient distribués comme suit: 15 étaient de départements de psychiatrie, dont 9 médecins (7 psychiatres), 9 de CLSC, 4 de la santé publique¹ et 4 soit de centres d'accueil ou de réadaptation, soit de RTF; 4 acteurs étaient des APAMM (associations des parents et amis du malade mentale), 8 de groupes d'entraide, 1 du Collectif de défense des droits, 20 de groupes de services communautaires (services d'hébergement, de réadaptation/réintégration sociales et de prévention du suicide, centres de crise, haltes garderies, centres de femmes et maisons pour les itinérants)²; 3 personnes étaient représentantes soit du milieu de l'éducation, soit du domaine de la justice, soit d'un regroupement syndical; 37 étaient des usagers de groupes d'entraide ou de cliniques externes de départements de psychiatrie et 20, des proches contactés par des APAMM.³ La Montérégie comporte sept sous-régions. Nous avons rencontré: 21 (40)⁴ personnes dans la sous-région de Longueuil, 11 dans la Haute-Yamaska/Brôme-Missisquoi, 8 (20) dans le Richelieu-Yamaska, 9 (17) à Châteauguay, 7 (15) à Valleyfield, 5 à Sorel et 7 (17) à St-Jean. L'enquête s'est déroulée en cinq phases: du printemps 1995 à l'hiver 1996 pour les distributeurs de services du réseau (quatre phases d'entrevues: février 1995, mai/juin 1995, novembre/décembre 1995 et octobre 1996) et en juin 1997 pour les usagers et leurs proches. Cette façon de procéder est apparue pertinente, car elle permet de mieux cerner la dynamique de la construction des réseaux et de répertorier des périodes charnières quant à la formation du partenariat. Elle contribue aussi à augmenter la validité des inférences, puisque l'interprétation des données est vérifiée auprès d'informateurs successifs.

Les entretiens, après leur transcription⁵, et les sources d'information documentaires ont été codifiés selon trois dimensions, environnement socio-économique, dynamique propre à la santé mentale et planification régionale (PROS.SM), décomposées en plusieurs variables rendant compte de notre modèle d'analyse de la CIO (figure 1).⁶ L'analyse des données s'est effectuée selon trois perspectives. D'abord, nous avons procédé à une analyse synchronique, qui vise à mieux comprendre l'impact actuel du *PROS.SMM* sur le partenariat et la dynamique des réseaux de santé mentale de la Montérégie. L'analyse diachronique cherche à identifier la configuration de la CIO et

¹ Les acteurs interrogés de la santé publique ont été regroupés dans le groupe des établissements, puisque les premiers comités sont implantés en 1989, sauf un acteur responsable de la santé publique à la RRSSSM.

² Certains de ces organismes de services sont classés dans l'intersectoriel, puisque leurs services principaux ne sont pas nécessairement en santé mentale.

³ La majorité des répondants du groupe des distributeurs de services ont été sélectionnés par le responsable du programme de santé mentale à la RRSSSM, quelques-uns par les acteurs du terrain (technique «boule de neige»). Les usagers des services ont été choisis soit par des cliniques externes de départements de psychiatrie, soit par des groupes d'entraide.

⁴ Les nombres entre parenthèses incluent les usagers et leurs proches.

⁵ Plus de 1000 pages de transcription de données à interligne simple ont été rédigées. Notons que pour les entretiens avec les usagers et leurs proches, nous avons préféré ne recourir qu'à la rédaction de notes par écrit lors des entretiens. L'enregistrement des entrevues est jugé entraver le discours de ces derniers, en raison de l'aspect fort personnel et confidentiel de l'expérience des personnes.

⁶ Pour plus d'information concernant la méthodologie, particulièrement en ce qui a trait au traitement des données, faire référence au chapitre 1.3 de la thèse - cadre méthodologique -, spécifiquement à la section 1.3.1 - planification opérationnelle de la recherche - et aux différents annexes de la thèse (guides d'entrevues, gestion des données, exemples de verbatim et arrimage des variables opérationnelles des modèles de la thèse)

des dynamiques régionales et sous-régionales avant la mise en oeuvre de la planification régionale. L'analyse parallèle tend à généraliser les résultats obtenus par l'analyse synchronique et diachronique aux différentes organisationnelles (CH, CLSC, groupes d'entraide, organismes de services communautaires, APAMM, DSP et CA), groupes d'acteurs du réseau de la santé mentale (communautaire, institutionnel, intersectoriel, RRSSM, usagers et leurs proches) et sous-régions de la Montérégie. Concrètement, il s'agit, au moyen d'une analyse transversale ou comparée de l'ensemble des cas, de vérifier s'il y a réplique d'une organisation à une autre, d'un groupe d'acteurs à un autre ou d'une sous-région à une autre des «patterns» de relations observées (Denis *et al.*, 1994). Avant de faire l'objet de cet article, l'information a été synthétisée dans un texte de plus de 200 pages.

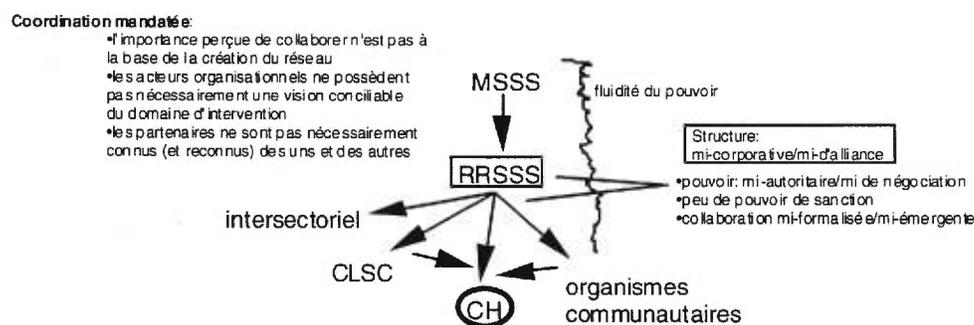
4.2. Analyse structurelle de la CIO:

Suite à la *PSM*, la CIO dans le secteur de la santé mentale est institutionnalisée. Les distributeurs de services de santé mentale des établissements, du communautaire et de l'intersectoriel sont mobilisés, par les instances régionales, en vue d'arrimer leurs services. La coordination interorganisationnelle dans ce secteur est ainsi mandatée par l'État et elle est dirigée par un acteur organisationnel externe au réseau de dispensation de services, soit les RRSSS. La collaboration est aussi asymétrique, puisque les acteurs appelés à arrimer leurs services ont des positions et des pouvoirs divergents (voir la figure 2). La CIO mandatée par l'État se différencie d'une participation volontaire à un réseau, car elle ne présuppose pas des participants leur adhésion à l'importance de la collaboration, la connaissance des partenaires potentiels d'un réseau et l'obligation de partager la même vision d'un domaine d'intervention (Hall *et al.*, 1977; Whetten, 1981). La dynamique d'une telle forme de CIO est influencée par la convergence ou la divergence du réseau. Par divergent, est défini un réseau dont les acteurs ont peu de vision et d'intérêt communs, donc un réseau difficilement mobilisable (Knights, 1993). Dans un réseau convergent, où les acteurs sont intéressés à former une union, leur participation à une telle forme de CIO contribue, au contraire, à augmenter leur institutionnalisation au processus.

La CIO en Montérégie est aussi de type mi-corporative et mi-d'alliance. La forme corporative est associée à une CIO dirigée par une instance à pouvoir de régulation et de sanction importants et capable d'une forte formalisation des rapports entre acteurs (Clark, 1965 et Adams, 1976 dans Whetten, 1981). L'alliance est caractérisée par un pouvoir négocié entre acteurs; le pouvoir est donc moins hiérarchique et autoritaire que dans la première forme. Le réseau possède aussi une faible possibilité de sanction et la formalisation des rapports est moins grande que pour le type

corporatif. En Montérégie, le système de santé mentale est géré par la RRSSS qui possède un pouvoir relatif en matière de prise de décision et peu de possibilité de sanction (Turgeon, 1989; Turgeon et Landry, 1995; Bozzini et Bourgault, 1992). La stratégie de la régie, pour implanter la CIO, est de nature incitative (Benson, 1975), puisqu'elle s'oriente autour de l'impact de la formation et d'outils organisationnels: planification (*PROS.SMM*), comités, approche par programmes, mesures financières, identification d'objectifs/résultats à réaliser, etc. Les mandats des acteurs et leurs rapports sont également peu formalisés (MSSS, 1997). Par exemple, la RRSSSM planifie l'organisation des services de santé mentale de son territoire selon l'approche par programmes; les services et les activités en Montérégie sont découpés en 32 programmes dans le *PROS.SMM*, qui sont sous la responsabilité de distributeurs principaux et de collaborateurs obligatoires ou non. Les organismes du réseau restent néanmoins financés selon un budget global (les établissements) ou ils conservent un budget protégé dans le SOC (les organismes communautaires).¹ Les médecins et les intervenants du réseau de santé mentale demeurent aussi, malgré l'impératif de rationaliser le système, soit travailleurs autonomes, soit protégés par des conventions collectives au niveau national. Cette situation joue sur la capacité de modifier les pratiques professionnelles, de reconfigurer le réseau en fonction d'une dispensation davantage de type communautaire et d'améliorer l'arrimage des services.

Figure 2: Coordination structurelle des services de santé mentale en Montérégie



Lawless et Moore (1989) ont particulièrement examiné le rôle d'agents de planification/coordination («strategy maker» ou «broker») d'une CIO, qui peut être assimilé à la fonction tenue par l'instance régionale (RRSSSM) dans la distribution des services de santé mentale. Un tel agent joue un rôle clé dans un réseau, puisqu'il représente une autorité commune: coordonnant les services, initiant la construction d'une vision et d'une pratique en réseau (création d'un système matriciel où l'intérêt

¹Soutien des organismes communautaires

organisationnel et du réseau importe) et possédant une fonction centrale en matière d'arbitrage lors de conflits interorganisationnels et une position-clé d'informateur de la régulation du réseau. Habituellement, il est supporté par un comité représentatif des membres organisationnels qui conseille l'agent et qui l'aide à implanter les décisions pour l'ensemble du réseau. Les décisions relèvent d'un processus de négociation entre les membres du réseau, processus dans lequel les acteurs n'ont pas nécessairement le même pouvoir. Selon ces auteurs, l'imprécision des buts poursuivis par l'ensemble des participants, la complexité du réseau 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'agent de planification/coordination est aussi d'autant plus critique en période de crise économique. Le leadership de cet acteur est également moins contesté quand la CIO est désirée. En Montérégie, la dynamique du réseau impose un rôle actif de l'instance régionale. Le réseau est d'une complexité considérable. Les buts poursuivis par le système ne sont pas compris de la même façon par tous les acteurs organisationnels. La participation tripartite à la planification du système n'a été implantée qu'à partir de 1989 (*PROS.SMM*) et la crise financière actuelle exige une rationalisation de la gestion des ressources. La RRSSSM remplit l'ensemble des rôles de planificateur/coordonnateur, souligné par ces auteurs. Elle est aussi supportée par des tables ou comités aux plans régional et sous-régional.

En plus d'un agent de planification/coordination et de comités de concertation, pour encourager la constitution de la CIO, Lawless et Moore (1989) mettent de l'avant la formation d'un continuum d'agents de liaison. Singulièrement, dans un système complexe, fort divergent et où la CIO est mandatée, il appert pertinent de nommer des agents de liaison pour la coordination du réseau dans chacune des organisations participantes. Ceux-ci pourraient, avec la RRSSSM et les comités de concertation, travailler sur les stratégies et les mécanismes à déployer pour mieux arrimer le réseau. Ces agents seraient aussi perçus comme les répondants de l'implantation des activités élaborées à ce niveau. Cette initiative serait propice à l'émergence d'un leadership collectif. Cette forme de leadership est plus propre à un réseau aux structures d'autorité relativement fluides, aux finalités et aux moyens incertains, qualifié d'anarchies organisées (Cohen *et al.*, 1974; Denis *et al.*, 1995). Le leadership collectif est défini comme la capacité des protagonistes de la collaboration de mobiliser les acteurs établis à des points stratégiques d'ancrage de la CIO à déployer des stratégies et des mécanismes pour coordonner les actions. La RRSSSM a implanté une formule d'agents de liaison. Pour chacune de ses sous-régions, un agent est nommé responsable de la régulation du système de santé. Ce dernier se rapporte à un conseiller de santé mentale à la régie pour mieux tenir compte de la spécificité de ce secteur. Dans chacun des comités, au niveau régional et sous-régional, des représentants d'organisations pour le programme sont aussi nommés. Ceux-ci n'ont toutefois pas de mandat formel de répondants des activités du réseau

planifiées à ce niveau. Il semble donc que la structuration du réseau doit davantage se rapprocher d'une forme corporative: la formalisation des échanges, le rôle de leader régional de la région et la fonction de sanction doivent être accentués. Turgeon et Landry (1995) insistent avec justesse sur les lacunes de la planification régionale en santé mentale à relever des mécanismes de sanctions/compensations et à implanter des structures plus hiérarchiques, la prise de décision étant de nature plutôt collégiale.

Le système de santé mentale est aussi fort asymétrique. À l'exception de l'instance régionale qui tend à contrôler le système, les CH possèdent un pouvoir fort centralisé. Le concept de centralité fait référence, d'une part, au contrôle de la disponibilité de ressources critiques, de l'offre et de la demande et de la fréquence des relations instaurées entre organisations ainsi qu'à la disponibilité de sources et de partenaires alternatifs et à la distribution du pouvoir (Cook, 1977). D'autre part, la centralité d'une organisation dans un réseau relève du support politique acquis par ses membres, de leur mobilisation aux enjeux organisationnels et du degré d'ancrage de l'organisation à l'ordre socio-économique (Benson, 1975). Les départements de psychiatrie des CH répondent à presque tous ces critères de centralité: ils possèdent la majorité des fonds disponibles en santé mentale; ils ont un capital social important; ils peuvent choisir leurs partenaires (ex.: ressources intermédiaires versus ressources alternatives); la mobilisation de leurs troupes pour la sauvegarde des acquis ne fait aussi nul doute (Bélanger, 1988; Demers 1994); etc. Seule l'adéquation de la position de l'hôpital face au système socio-économique fait défaut, puisqu'un système à plusieurs acteurs organisationnels est de plus en plus préconisé (PSM, 1989). L'incorporation de nouveaux acteurs à la distribution des services de santé mentale pousse à la réallocation des ressources dans le système et à la révision des rôles organisationnels. Après cette présentation des balises structurelles de la CIO, la section qui suit procède à l'analyse de ses déterminants.

4.3. Les déterminants de la collaboration interorganisationnelle:

Les déterminants de la CIO en santé mentale en Montérégie sont examinés selon trois périodisations (l'exposition du problème, l'orientation du réseau et la structuration). Pour l'étape de l'exposition du problème, à l'exception de l'identification de problèmes compatibles, les mesures ont toutes été jugées peu implantées (voir le tableau 2). La PSM souligne les failles du système de distribution des services. Les acteurs de la Montérégie partagent ces constats: 1) l'absence de consensus sur la notion de santé mentale, 2) des interventions mal adaptées aux besoins des personnes, 3) une préoccupation insuffisante pour le milieu de vie des personnes, 3) des lacunes quant à la qualité des services, 4) la répartition inéquitable des ressources, 5) un équilibre difficile à

atteindre entre le recours au modèle institutionnel et l'intégration au milieu de vie naturel et 6) le fonctionnement cloisonné des structures (PSM, 1989). Par ailleurs, la Montérégie est l'une des régions sociosanitaires les plus pauvres du Québec pour ses services de santé mentale. Un déficit d'un peu plus de 80% est évalué pour l'ensemble des services. Spécifiquement, l'accessibilité aux services de base, aux services spécialisés des 0-17 ans et des 65 ans et plus et aux services de réadaptation/réintégration sociales pour la clientèle ayant des problèmes sévères est très limitée. À l'exception de quelques lits de traitement de longue durée de vocation régionale, la région ne possède aucun budget spécifique pour les services spécialisés de troisième ligne. L'effectif psychiatrique est aussi en deçà des normes provinciales pour la population de la région. La pénurie des ressources et l'identification de problèmes communs de fonctionnement sont interprétées comme des conditions encourageant la constitution de la CIO en santé mentale (Provan et Milward, 1995).

Tableau 2: Résultats de l'analyse des déterminants de l'implantation de la CIO par phases de mise en oeuvre

Exposition du problème	Résultats	Orientation du réseau	Résultats	Structuration	Résultats
1. Identification de problèmes compatibles	<u>Positifs:</u> •déficit de 80% des ressources •lacunes dans la dispensation des services (PSM)	1. Idéologies conciliables	<u>Mitigés:</u> •champ alternatif •champ médical •champ réformiste (ou de la santé)	1. Redistribution du pouvoir	<u>Mitigés:</u> •asymétrique (CH) •consolidation des org. communautaires •peu d'allocations aux CLSC
2. Reconnaissance d'une interdépendance	<u>Mitigés:</u> •tendance à l'individualisme et au partenariat hiérarchique •complémentarité/concurrence	2. Solutions compatibles	<u>Positifs:</u> •objectifs technocratiques démocratiques et de structuration (PROS.SMM)	2. Création de structures latérales de coordination	<u>Mitigés:</u> •approche par programmes •systèmes d'information •comités •mécanismes d'admission inter-organisationnelle
3. Intérêt à collaborer ou gains à retirer de la collaboration	<u>Mitigés:</u> •intersectoriel/CH (-) •org.communautaire/CLSC	3. Structures et processus organisationnels compatibles	<u>Mitigés:</u> •hiérarchie médicale •paiement à l'acte •vision différente de la gestion: établis./communau. •participation au réseau (comités)/ pouvoir de restructuration organisationnelle	3. Institutionnali. de visions compatibles	<u>Mitigés:</u> •peu de changements dans les visions
4. Reconnaissance des partenaires (légitimité et expertise)	<u>Mitigée</u> entre presque tous les acteurs	4. Dispersion du pouvoir dans le réseau	<u>Négatifs:</u> •asymétrique (CH)	4. Implantation de pratiques inter-organisationnelles	•peu de pratiques interorganisationnelles ont été développées

Index: «-» signifie que les déterminants ne sont pas présents ou que leurs effets sont négatifs sur l'implantation de la CIO; «+» signifie que les déterminants sont présents ou que leurs effets sont positifs sur l'implantation de la CIO et «pas de signe» signifie que les déterminants sont plus ou moins présents et que leurs effets sont mitigés sur l'implantation de la CIO

La littérature sur les services de santé mentale souligne l'importance d'implanter des systèmes intégrés. Ces derniers sont jugés plus efficaces et conformes aux besoins des personnes (Conrad, 1993; Gilles, 1993; Ross, 1979; Bolland et Wilson, 1994, 1995; Shore et Cohen, 1990). Un réseau

intégré est défini comme un système d'organisations desservant des services coordonnés et continus à une clientèle particulière, tenu imputable de l'efficacité et de la pertinence du système et des résultats relatifs à la santé de cette clientèle (Gillies *et al.*, 1993). Il se fonde sur la reconnaissance d'une interdépendance forte des acteurs et des organisations impliqués dans un domaine d'intervention. Il supporte une approche biopsychosociale de l'offre des services et la desserte des activités de santé mentale dans des espaces locaux. Malgré ces normes professionnelles qui poussent à l'arrimage des services, les acteurs organisationnels du réseau montérégien ont une pratique plutôt individualiste. Le partenariat pour les CH s'effectue aussi davantage sous un mode hiérarchique. Ceci n'est cependant pas un comportement inhabituel: les organisations favorisées en termes de pouvoir exploitent souvent ce capital dans une situation de collaboration pour en ressortir avantagées (Cook, 1977). Les acteurs organisationnels sont aussi plus stimulés à former une CIO quand ils sont complémentaires pour leurs services (Cook, 1977). La complémentarité des services dans le secteur de la santé mentale, bien que fortement préconisée par la *PSM* et le *PROS.SMM*, est controversée. Plusieurs organismes communautaires revendiquent une position d'alternative au traitement médical, soit une position de concurrents aux services psychiatriques (ressources dites alternatives). Les représentants du milieu institutionnel ont plutôt tendance à circonscrire le rôle des organismes communautaires à des fonctions de réadaptation/réintégration sociales, à des activités bénévoles non professionnelles d'entraide et de philanthropie et à des activités de promotion et d'information (White *et al.*, 1994).

Les partenaires poursuivent ainsi des intérêts différents. Tous entendent néanmoins aller chercher des fonds de développement substantiels de l'exercice de planification régionale: la *PSM* a promis l'injection dans le système de sommes considérables (35 millions de dollars) et des réallocations interrégionales sont prévues pour améliorer l'équité. Particulièrement, les organismes communautaires et les CLSC, peu consolidés pour la dispensation des services de santé mentale, attendent des gains substantiels du nouveau partenariat. Les CLSC revendiquent depuis les années 1980 un rôle plus central dans ce domaine. Les organismes communautaires poussent aussi à une meilleure reconnaissance de leurs activités dans ce marché. La situation de l'intersectoriel est différente. Pourtant mobilisés comme les autres acteurs au partenariat, les membres de ce groupe se sentent peu interpellés par le secteur de la santé mentale. Sur les structures de concertation de la CIO, il est d'ailleurs difficile de combler leurs postes. Peu de projets concrets entre ces groupes et les acteurs de la santé mentale ont aussi été mis en place. Enfin, la légitimité et l'expertise des acteurs organisationnels de la CIO ne font pas consensus. Les acteurs des CH ont à plus d'une reprise souligné le manque d'évaluation dans le milieu communautaire et le fait que ces groupes en condition de survie ont parfois tendance à penser davantage à leurs intérêts financiers qu'à la qualité des services. De même, certains acteurs des CH remettent en

question l'efficacité des services de santé mentale dans les CLSC. Ces derniers et les ressources communautaires critiquent la surenchère des CH à l'endroit de la conception biomédicale du traitement de la santé mentale et l'approche hospitalocentrique de ces établissements.

L'implantation mitigée de la phase d'exposition du problème inaugure difficilement l'étape de l'orientation du réseau. Une seule mesure est implantée, l'identification de solutions compatibles. Les autres mesures sont évaluées de non implantées à implantation mitigées. Ici, quatre conditions doivent être rencontrées. Les acteurs du nouveau partenariat doivent d'abord être d'idéologies conciliables. En santé mentale, trois champs sont plutôt considérés interférer. La notion de champ est relative à l'existence de relations spécifiques, déterminant un ensemble organisationnel à visions, pratiques, régulations et buts communs (Bourdieu, 1975; Fleury *et al.*, 1998). Le champ alternatif s'inscrit dans un projet social et local de développement, d'autorégulation et de démocratisation.¹ Contrairement à la philosophie promue dans le milieu hospitalier, ces organismes sont contre la prise en charge de la personne ayant des troubles de santé mentale. Les membres des ressources doivent contrôler leur vie. Les organismes d'entraide, par la responsabilisation des individus qui dirigent dans ces groupes les activités, entendent jouer sur les «faces» des individus. La notion de faces désigne la valeur sociale positive qu'une personne revendique (Goffman, 1968). L'alternatif se définit en opposition à la pratique psychiatrique; il met de l'avant la démedicalisation des processus de vie, la déprofessionnalisation des interventions, la dévictimisation des individus et la déséxisation des pratiques (Lamoureux, 1994). Ce mouvement s'appuie sur la nature controversée de l'efficacité de la science psychiatrique à traiter les cas de diagnostic lourd (MSSS, 1985; Andreasen, 1985; Dorvil et Gagné, 1992).

Le champ médical se spécifie par une approche clinico-pathologique et épidémiologique de la maladie et par une médecine hospitalocentrique. De plus en plus, l'approche biopsychosociale tend cependant à primer dans le domaine de la santé mentale. Selon White et ses collaborateurs (1994), la conception biomédicale demeure malgré tout l'angle principal du processus de soins: «En dépit de la surenchère de l'approche biopsychosociale dans les écrits, le modèle biomédical occupe toute la place dans les équipes multidisciplinaires en santé mentale et plusieurs intervenants vivent en marge des processus décisionnels (p. 50)». Le modèle mis de l'avant dans les CLSC rejoint davantage l'approche biopsychosociale. La réforme de la santé mentale et la littérature sur l'organisation de ces services sont enfin interprétées comme incitant à l'inscription d'un nouveau champ pour la régulation de ce secteur: le champ réformiste ou le champ de la santé. Ce dernier soutient le modèle de l'intégration et il est représentatif de la tendance à la construction de réseaux

¹Ces considérations relatives aux groupes communautaires et aux alternatives ne prennent pas en considération les APAMM dont la vision se rapproche, d'une façon générale, davantage des CH.

de santé mentale. Il est mis en oeuvre par les gestionnaires de la RRSSM. Il représente une vision intermédiaire entre le champ médical et alternatif, car il conduit à reconnaître les deux philosophies. Cette stratégie d'implantation d'une vision de compromis est néanmoins difficile à maintenir. Elle demande l'articulation de pressions importantes des agents de mise en oeuvre de la CIO et de l'environnement:

«One may construct eclectic ideologies providing a place for all approaches or strategies at issue, but such formulations are rendered unstable by underlying interest conflict. Thus, in this case too, the resolution of dissonance requires a careful process of negotiation to resolve fundamental interest conflicts as a prerequisite to genuine ideological consensus. Through extended contact and negotiation, ideologies providing justification for a negotiated division of labour and for a diversity of integrated approaches to common tasks may be developed. Such developments, however, are difficult to produce and precarious to maintain. Forceful intervention by third parties or insistent environmental pressures are generally necessary to sustain relations of the duration and intensity required (Benson, 1975, p. 237).»

Pour rencontrer la phase d'orientation du réseau, les acteurs devraient aussi être en mesure d'identifier des solutions compatibles. Dans le *PROS.SMM*, des orientations pour résoudre les problèmes diagnostiqués du système régional de santé mentale ont été rédigées et endossées par l'ensemble des acteurs du réseau. La planification régionale se base sur un budget de développement de plus de 150 millions de dollars; l'ensemble des acteurs y trouvent donc leur intérêt. Les moyens pour transformer le système de santé mentale s'organisent autour de la poursuite d'objectifs technocratiques, démocratiques et de structuration. Les objectifs technocratiques visent à mieux connaître et rationaliser le système. Par exemple, les mandats des acteurs et des résultats en termes d'organisation de services à atteindre sont précisés. Les objectifs de structuration tendent à améliorer l'étendue des services couverts, à communautariser davantage les services et à rendre ces derniers plus coordonnés et continus sur le plan sous-régional. Les objectifs de démocratisation proposent de parfaire l'équité intrarégionale, interprogramme et interrégionale, de développer une gestion partenariale et d'ajuster les ressources aux besoins de la clientèle.

Les structures et les processus organisationnels peuvent également contraindre la marche du partenariat. Notamment, la pratique médicale, qui impose une hiérarchie dans le système, n'encourage pas l'intégration des services entre les organisations (Corin et al., 1986). Les références organisationnelles ne sont par exemple que prescrites sous l'autorité médicale. Les organismes communautaires ne peuvent pas référer leurs clientèles aux établissements du réseau. Un omnipraticien est aussi porté à plutôt référer une clientèle à un spécialiste qu'à un autre professionnel du système. Le mode de paiement des médecins ne contribue pas également à les associer à la planification régionale et au monitoring. Les organismes communautaires ont par

ailleurs beaucoup à redire sur la technocratisation du système et sur les critères d'efficience tels que mis de l'avant dans les formules d'évaluation. Sur ces points, leur conception de la gestion du système est fort divergente de celle des établissements. Les représentants des structures de concertation de la CIO n'ont pas aussi un pouvoir toujours suffisant pour engager leurs organisations dans des projets du réseau.

La dispersion du pouvoir entre les acteurs organisationnels est la dernière condition de la phase d'orientation du réseau. Nous avons déjà signalé la position fort centralisée des départements de psychiatrie des centres hospitaliers dans la desserte des services de santé mentale. En Montérégie, plus de 80% des fonds du budget de santé mentale sont alloués à ces établissements. Les organismes communautaires perçoivent environ 15% de ce budget. Les CLSC n'ont quasiment aucun budget spécifique pour les services de santé mentale. Bien que les conditions de l'étape de l'exposition du problème n'avaient pas été rencontrées, il était tout de même permis de penser que l'interaction entre les acteurs organisationnels du réseau à la phase de l'orientation et l'effet du contexte favoriseraient la mise en oeuvre de la CIO.¹ Cela n'a cependant pas été le cas. L'atteinte mitigée des mesures de cette deuxième phase détermine les résultats de la phase de structuration. Le bilan est sombre. Les quatre conditions de cette dernière phase ont été plus ou moins réunies. La CIO en Montérégie apparaît donc peu implantée.

La CIO n'a débouché que sur une redistribution marginale des fonds du budget de santé mentale de la région. Cette redistribution n'a par ailleurs été effectuée que grâce aux fonds de développement alloués pour implanter le *PROS.SMM*. Sur un budget d'un peu plus de 40 millions de dollars en santé mentale, plus ou moins 6 millions de dollars proviennent de fonds de développement qui ont été distribués à environ 70% aux ressources communautaires et à 10% aux CLSC. La réallocation entre organisations n'a que peu été réalisée. La pauvreté générale de la région en santé mentale et la difficulté à réallouer les ressources entre les organisations et les programmes du système sociosanitaire expliquent ce constat (Comité MSSS-RRSSS, 1994). Par ailleurs, la consolidation des alternatives en santé mentale ne va pas de soi. Ces dernières ne se perçoivent pas nécessairement comme un maillon du système de santé publique.² Par exemple, elles ont contesté leur inscription à l'approche par programmes. Une consolidation des services offerts en CLSC pourrait être une stratégie propice à une meilleure articulation de la CIO.

Dans un type de CIO mandatée par l'État, les stratégies de l'instance régionale sont particulièrement capitales pour consolider le partenariat. Pour rencontrer les objectifs du

¹ L'interaction entre les acteurs du réseau est discutée dans les sections 4.4 et 4.5; l'effet du contexte, aux sections 4.2 et 4.4.

² Plus de 50% du budget des organismes communautaires est néanmoins financé par des sources étatiques (Tremblay, 1987; Robert, 1989).

PROS.SMM relatifs à l'amélioration de la coordination latérale du système, la principale tactique de la RRSSSM a été d'initier des comités sous-régionaux et un comité régional. Ces comités servent de support à la planification, à la coordination et à l'évaluation du réseau. Ils sont le principal outil d'information de la régie sur la dynamique du réseau. Pour améliorer la connaissance des services, des lignes téléphoniques d'information et des annuaires de services ont aussi été développés pour le réseau régional et les réseaux sous-régionaux. Aucun système d'information clinique sur la clientèle n'a toutefois été mis en place. La RRSSSM a aussi introduit une planification par programmes. L'approche par programmes n'a cependant pas eu d'effets significatifs sur l'arrimage des services. Peu de mécanismes d'admission interorganisationnelle ont également été instaurés, c'est-à-dire des procédures facilitant le suivi ou le transfert d'une clientèle d'une organisation à une autre.

Par ailleurs, le partenariat soutenu par la *PSM* et le *PROS.SMM* n'a pas réussi à modifier significativement la vision des acteurs organisationnels. Le champ réformiste demeure toujours à la périphérie du système. Les organisations supportent des visions encore peu conciliables. Un certain processus de reconnaissance de part et d'autre est néanmoins en cours. La CIO n'a également que peu débouchée sur la valorisation de pratiques interorganisationnelles. Seulement quelques expériences périphériques de CIO ont été élaborées: des centres de crise, des services de suivi, de psychogériatrie et de réadaptation/réintégration sociales, etc. Certains projets nous semblent ici singulièrement intéressants. Par exemple, un hôpital de la région libère un intervenant une demi-journée par deux semaines pour fournir un support psychosocial aux membres d'une ressource d'entraide. Les CLSC et le CH d'une sous-région travaillent en association pour l'encadrement de la clientèle. Un centre de crises est géré par un organisme communautaire et un CLSC d'un territoire. Dans une ressource communautaire d'hébergement, le suivi de la clientèle est donné en collaboration avec le département de psychiatrie de la sous-région. À plusieurs reprises, les usagers des ressources communautaires, rencontrés pour cette recherche, ont témoigné de leur intérêt à ce que les services des organismes communautaires et des établissements soient mieux coordonnés. Depuis le *PROS.SMM* (1989), les balises d'une gestion régionale et sous-régionale ont ainsi été introduites. Vu le bilan déjà présenté, il était peu probable que la phase de structuration corresponde à une forme élaborée de coordination entre les acteurs organisationnels. La section suivante présente le contexte régional et les dynamiques interorganisationnelles qui ont conduit à la structuration de la CIO (aux formes et à l'intensité du partenariat).

4.4. Analyse contextuelle et processuelle de la CIO

D'abord, la CIO en Montérégie est influencée par la configuration socio-économique de la région (voir le tableau 3). La Montérégie est l'une des régions en santé mentale les plus défavorisées sur le plan des ressources. Le territoire reçoit, par exemple, 52,72 \$ par capita pondéré comparativement à 212,97 \$ pour la région de Québec (données financières de la RRSSSM, 1995). La population montérégienne consommant des soins de courte durée dans la région métropolitaine de Montréal est évaluée à 40%. La pauvreté d'un réseau, tout en encourageant l'interdépendance entre les acteurs, pousse à l'augmentation des conflits entre les organisations lorsque des fonds de développement sont distribués (Cook, 1977). La région de la Montérégie est aussi vaste et peuplée (1 089 125 personnes sur un territoire de 11 000 km² - PROS.SM, 1989-). Cette situation incite à l'implantation de réseaux locaux de distribution de services et à la coordination des activités de santé mentale. La décentralisation et la coordination des services sont les deux facteurs de réussite de la mise en oeuvre de réseaux intégrés (Conrad, 1993). En Montérégie, plus de 22% de la population se retrouvent, par ailleurs, en milieu rural sur une superficie de 70% du territoire. La Montérégie constitue la première région agricole au Québec. Elle est aussi une région manufacturière-clé. La nature rurale ou urbaine des territoires influe les acteurs quant à leurs revendications de ressources¹; les territoires ruraux semblent aussi plus propices à rendre les acteurs organisationnels interdépendants. La Montérégie possède aussi un pourcentage élevé de population défavorisée: «plus de 15% des diverses populations à risque du Québec, 13,65% de la population âgée, 15% de la population faiblement scolarisée et 13% des faibles revenus de toute la province y vivent (PROS.SMM, 1989, p. 22)». Une population anglophone significative y est aussi installée (plus de 150 000 personnes). La concentration de population à risque élevé de problèmes de santé mentale dans un contexte de compression financière et la nécessité d'offrir des services diversifiés devraient entraîner les acteurs à mieux arrimer leurs services.

La dynamique interorganisationnelle qui a conduit à la structuration de la CIO est examinée selon cinq périodes (avant 1989, 1989-1991, 1991-1993, 1993-1996 et 1996). Elle est surtout orientée autour du développement des structures de concertation, puisque ces dernières sont identifiées comme la principale tactique de rencontre des objectifs du *PROS.SMM* relatifs à l'amélioration de la coordination latérale du système de santé mentale. Des structures de concertation régionales en santé mentale (commissions administratives régionales - CAR -) sont introduites dès la fin des années 1970 dans les régions sociosanitaires. Les CAR mobilisent surtout des établissements.

¹Les territoires ruraux se considèrent, plus souvent qu'autrement, désavantagés sur le plan de l'équité des ressources, car le critère de dispersion de la population n'est pas traité comme le plus important dans la distribution de l'allocation des ressources. Cette situation entraîne des conflits substantiels entre les territoires et les organisations.

Elles sont responsables de l'organisation de la mise en commun des services et du partage des ressources attribuées sur une base régionale entre les divers établissements d'une région (Turgeon, 1989). Le CRSSSM élabore aussi une planification en santé mentale pour la période 1983-1988. Le plan d'organisation des services de santé mentale (POS.SM) vise principalement la rencontre de trois objectifs: 1) la création d'un réseau de services articulés en santé mentale, 2) la rationalisation et la complémentarité des ressources et 3) l'implantation de ressources communautaires et alternatives. Des comités sous-régionaux sont aussi mis sur pied à partir de 1986. Ceux-ci ne sont toutefois pas tripartites. Avec l'amorce de l'opération du *PROS.SMM* (1989), la CAR est remplacée par un comité tripartite régional (CTR). Des comités tripartites sous-régionaux sont aussi implantés (CTSR) et des comités de référence (CR). Ces derniers, mobilisés au début de la période d'élaboration de la planification régionale (*PROS.SMM*), ont eu comme objectifs «de définir les problématiques, les objectifs de services et les programmes et d'inventorier les ressources en santé mentale (*PROS.SMM*, p. 16)». Le CTR a comme mandat de mettre en oeuvre la planification régionale qui est complétée et validée par les acteurs organisationnels des sous-régions. Le CTR est toujours actif, mais n'a actuellement que peu d'influence sur la consolidation de la CIO.

Tableau 3: Résultats de l'analyse contextuelle et processuelle de l'implantation de la CIO

Inciatifs	Résultats	Dynamique intraréseau	Résultats
1. Régionaux	<ul style="list-style-type: none"> •pauvreté: interdépendance •densité: décentralisation •rural/urbain: interdépendance et critères financiers différents •facteurs de risque et commu. anglophones: diversité et interdépendance 	1. Avant 1989	<ul style="list-style-type: none"> •CAR (1977) •omniprésence des CH •POS.SM (1983-88)
		2. 1989-1991	<ul style="list-style-type: none"> •élaboration du <i>PROS.SMM</i> •CTR/CTSR/CR •9 sous-régions •effervescence et attente importante *stratégie de coopération
		3. 1991-1993	<ul style="list-style-type: none"> •implantation du <i>PROS.SMM</i> •CTR/CTSR •réunification de B-M et de la H-Y •chute graduelle de l'effervescence *stratégie de perturbation
		4. 1993-1996	<ul style="list-style-type: none"> •TSR/CSM: 2 sous-régions •marginalisation de la santé mentale •7 sous-régions
		5. 1996	<ul style="list-style-type: none"> •TSR/CSM: 7 sous-régions *stratégie de perturbation (stratégie de coopération)

Dès la période d'élaboration du *PROS.SMM*, la planification s'est donc orientée au niveau sous-régional. Ce palier est privilégié pour la création de réseaux coordonnés et continus de services de santé mentale (Conrad, 1993). La Montérégie est ainsi divisée en neuf sous-régions à la période d'élaboration du *PROS.SMM* (1989-1991): Longueuil est et ouest, Granby et Cowansville (Haute-

Yamaska et Brôme-Missisquoi), St-Hyacinthe (Richelieu-Yamaska), Valleyfield, Châteauguay, St-Jean et Sorel. Dès l'implantation du *PROS.SMM* (1991), les sous-régions de Granby et de Cowansville sont réunifiées, principalement en raison de la pauvreté de ce dernier territoire; celui-ci aurait été chercher quasiment tous les fonds de développement du *PROS.SMM*. En 1993, l'accentuation de la régionalisation pousse la RRSSM à réaménager le nombre de ses sous-régions. Longueuil est et ouest ne forment plus qu'une seule sous-région. La Montérégie est dès lors constituée de sept territoires locaux. Ces changements ne sont pas sans répercussion sur la dynamique de ces réseaux sous-régionaux (voir la section 4.5). La période d'élaboration du *PROS.SMM* est intéressante. La stratégie des acteurs est caractérisée comme coopérative (Benson, 1975). Les organisations mobilisées dans les comités tendent, d'une façon consensuelle, à planifier et à coordonner la distribution des services de leurs réseaux sous-régionaux. Le contexte de développement des ressources pour ce secteur et l'orientation d'appliquer une formule d'équité interrégionale encouragent les acteurs à coopérer.

La dynamique régionale change à partir de la phase d'implantation du *PROS.SMM* (1991). Les organisations sont caractérisées comme empruntant davantage une stratégie de perturbation que de collaboration (Benson, 1975). À cette période, les organisations s'opposent pour récupérer les ressources de développement allouées à la région. Lors de l'élaboration du *PROS.SMM*, le scénario d'allocation des ressources était fictif et développé sur l'investissement de fonds substantiels dans le réseau montréalais. Entre 1989 et 1995, le territoire ne reçoit que 5% des fonds planifiés, ce qui contribue à démobiliser les acteurs et à les positionner comme concurrents des ressources fort limitées du système. Étant donné la position centralisée des CH, ces derniers ne perçoivent peu de fonds de développement. Ceux-ci ont ainsi l'impression d'être désavantagés face au communautaire à qui est allouée la majorité des nouvelles subventions. Pour le communautaire, la réforme ne va pas assez loin: des réallocations considérables en provenance des établissements sont aussi revendiquées. Cette situation de «laissées pour compte» dans l'allocation des fonds pousse les parties à se confronter.

Particulièrement, le communautaire se mobilise pour faire front aux établissements. Des associations sont créées ou consolidées aux niveaux régional (l'ASSEM - 1986 - , la TROCM - 1993 - et un nombre substantiel de corporations locales d'organismes communautaires) et provincial (la RRASMQ - 1983 - , l'AGIDD - 1990 - et la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles - 1990 -). Avant chaque réunion des comités tripartites, le communautaire se rassemble pour coordonner sa position face au premier tiers (l'institutionnel des comités). Un système d'information pour le communautaire est également mis sur pied entre les sous-régions sociosanitaires de la Montérégie et au plan national. À plus d'une

reprise, le communautaire s'est aussi coalisé avec les CLSC pour s'opposer aux départements de psychiatrie sur les structures de concertation. De même, l'intersectoriel s'est aussi positionné, maintes fois, avec ces acteurs contre les CH. Le positionnement du 1^{er} tiers dans les comités est donc moins homogène qu'il l'est pour le 2^e tiers (le communautaire). Ces coalitions ont contribué à une certaine modification de la régulation du système de santé mentale de la région (voir le chapitre 3).

À partir de 1993, les CTSR en santé mentale sont remplacés par des tables multiproblématiques comme structures officielles de consultation de la région régionale (tables sous-régionales - TSR -). La dynamique du secteur est donc remodifiée. Seulement un ou deux représentants de la santé mentale participent à ces TSR, ce qui contribue à marginaliser la santé mentale devenue une problématique parmi d'autres à considérer pour la formation des réseaux («les réseaux de la santé»). Les acteurs sous-régionaux du programme de santé mentale n'ont ainsi plus de réelles tribunes où se rassembler pour coordonner leurs réseaux et pour s'informer de la dynamique du système. Dans deux sous-régions, le CTSR demeure toutefois actif, étant animé par les organisations locales: à Châteauguay et à Longueuil. La RRSSSM revient sur sa position en 1996. Sont alors réactivés des comités par programmes clientèles dont un en santé mentale, qui doivent s'arrimer aux TSR. La réactivation de comités de santé mentale par l'instance régionale semble davantage propice à la consolidation de réseaux dans ce secteur que la constitution unique des tables multiproblématiques. La fréquence des contacts est l'une des conditions essentielles de l'amélioration de la CIO (Gray, 1985). Les acteurs semblent apprécier cette initiative de la RRSSSM. Une stratégie de coopération a été remise de l'avant, bien que la stratégie de perturbation semble encore de mise pour plus d'un acteur. Un processus incrémentiel est toutefois en cours favorisant la consolidation du partenariat en santé mentale dans la région. La section suivante présente les configurations de la CIO au niveau sous-régional et tend à expliquer ses variations sur le plan local.

4.5. Analyse des dynamiques sous-régionales

4.5.1. Les configurations sous-régionales de la CIO en Montérégie (1989-1996)

a) Longueuil

Longueuil se classe au 5^e rang des sous-régions de la Montérégie pour sa richesse relative (per capita pondéré selon la population): 2^e en matière de services de prévention/promotion, 6^e pour sa

1^{ère} ligne et 4^e pour sa 2^e ligne (voir le tableau 4). Métropole de la rive sud de Montréal, la sous-région est qualifiée de dynamique et d'innovatrice dans sa distribution de services. Plus que toute autre région, Longueuil revendique l'autonomie d'organiser l'offre de ses services en santé mentale. Le territoire a été le premier à mettre sur pied un comité de santé mentale en 1986 et à le faire fonctionner d'une façon aussi dynamique; il est le seul avec Châteauguay à avoir réactivé son CTSR après l'implantation des TSR. Actuellement, le comité de santé mentale de Longueuil connaît certaine difficulté à s'arrimer avec la TSR. Paradoxalement, Longueuil est l'un des territoires dont les services sont les moins bien arrimés. Il existe, en fait, beaucoup de conflits interorganisationnels dans la sous-région. Les dissensions ont lieu entre les tiers, le communautaire et l'institutionnel, mais également à l'intérieur de ceux-ci: «Longueuil, c'est la plus difficile des sous-régions (un représentant du CTR)» !

Les acteurs du communautaire et de l'institutionnel mettent de l'avant la prééminence de leur champ respectif. Particulièrement, une ressource communautaire et un établissement sont en litige et une ressource d'hébergement privée s'avère fortement remise en question. Une solidarité aussi moins manifeste, que dans la plupart des autres sous-régions étudiées, rallie les organismes communautaires. Cette situation relève en partie de la réunification des deux Longueuil lors de l'implantation des TSR (1993). Étant donné son importance démographique, Longueuil avait été séparé en deux sous-régions à la période d'élaboration du *PROS.SMM*: Longueuil-Est et Longueuil-Ouest. D'une part, l'importance du nombre de ressources dans la sous-région complexifie l'articulation de la CIO, spécialement dans les comités de concertation. D'autre part, plus d'une organisation exercent dans la même sphère d'activités, ce qui les positionne davantage en concurrents. Dans cette sous-région, la surveillance des uns et des autres pour ne point qu'il y ait «glissement» des activités respectives ou des lieux de desserte de services est donc vive. Des conflits interorganisationnels sont également à souligner du côté du premier tiers, en raison notamment de l'existence dans le territoire de plusieurs CLSC et de deux CH ayant chacun un département de psychiatrie. Un de ces derniers semble spécifiquement vouloir contrôler le cours du partenariat dans la sous-région, ce qui est fort décrié par d'autres. Quelques expériences de CIO, surtout entre les établissements, ont néanmoins été implantées: gestion d'un centre de crise (CH et CLSC), monitoring de CH à CLSC, partenariat entre les CLSC sur des programmes, coopération entre l'APAMM et un CH et entre ce dernier et une ressource d'entraide, etc.

Tableau 4: Résultats de l'analyse des configurations sous-régionales de la CIO

sous-régions: mesures	Longueuil	Châteauguay	St-Hyacinthe (R-Y)	Granby (B.M. & H-Y)	Valleyfield	Sorel	St-Jean
Pouvoir: ressources	•\$/popul.: 34,63 \$ (5 ^e) •Pré/Prom: 2 ^e •1 ^{er} ligne: 6 ^e •2 ^e ligne: 4 ^e	•\$/popul.: 37,91 \$ (3 ^e) •Pré/Prom: 4 ^e •1 ^{ère} ligne: 2 ^e •2 ^e ligne: 5 ^e	•\$/popul.: 41,70 \$ (2 ^e) •Pré/Prom: 4 ^e •1 ^{ère} ligne: 4 ^e •2 ^e ligne: 2 ^e	•\$/popul.: 29,14 \$ (6 ^e) •Pré/Prom: 1 ^{er} •1 ^{ère} ligne: 1 ^{er} •2 ^e ligne: 7 ^e	•\$/popul.: 34,82 \$ (4 ^e) •Pré/Prom: 3 ^e •1 ^{ère} ligne: 3 ^e •2 ^e ligne: 6 ^e	•\$/popul.: 65,44 \$ (1 ^e) •Pré/Prom: 6 ^e •1 ^{ère} ligne: 7 ^e •2 ^e ligne: 1 ^{er}	•\$/popul.: 27,39 \$ (7 ^e) •Pré/Prom: 5 ^e •1 ^{ère} ligne: 5 ^e •2 ^e ligne: 3 ^e
Pouvoir: capital politique	•CH •+/-: comm.	•CH •+/-: comm.	•CH •+/-: comm.	•CH •+/-: comm.	•CH •comm.: faible réseau	•CH •comm.: faible réseau	•CH •comm.: faible réseau
Caract. socio- économiques	•métropole •près de MTL •2 s.r.: 89-91 •innovatrice dans sa disp. de services •1 res. d'héb: requestionnée	•nouvelle s.r. •\$ de dével. de l'ouverture du CH: lits et services communau. •priorisation: s.m. à la TSR	•désinstitu. •projet de vente de lits •priorisation: s.m. à la TSR	•2 s.r.: 89-91 •prise de position: - lits que supposés selon sa population	•CH: Vall. & Chât. avant PROS.SM	•désinstitu. •priorisation: s.m. à la TSR	•innovateur dans l'offre de ses services (CH)
Dynamique: établissement	• +/- •centre de crise: CH/CLSC •monitoring: CH/CLSC •programmes interorg.:CLSC	• +	•+/-: CH/CLSC •refus des CLSC au projet «Réseau santé R-Y»	•+: CLSC/CH (H-Y) •prise de position: CLSC/CH (B-M & H-Y) •programmes interorg.: CH & CLSC	•+/- •CLSC & CH: début de collaboration •1 CLSC: équipe s.m. •entre CLSC	•+/- •CLSC & CH: début de collaboration	• +/- •+: raéloc.\$: CH aux RTF • -: CH & CLSC
Dynamique: communau.	•+/-: rivalité/ compétition	•+/-: une ressource (conflit de type personnel)	•: ++ • -: APAMM	•+/-: H-Y •+: B-M • -: H-Y & B-M •regroup. H-Y ressources	•: +	•+/- •1 ressource à statut mitigé •CSM: communaut.	•: +
Dynamique: établissement & communau.	• -: rivalité importante •1 CH: tend à contrôler le comm. •1 res. com. en litige: 1 CH	•: + •+: coalition CLSC & commun. (avant CH)	•: - •effort de rapproche- ment •partic. du comm. au comité désin.	• -: rivalité importante •programmes inter org.: commun./CH	• + •centre de crise: CLSC/ comm. •parti. comm.: table s.r. des établis.	• -: rivalité importante	•: +
Dynamique: intra-régionale	(-)	(-)	•revendication intra-rég.	•conflit intra régional	•revendication intra-rég.	(-)	(-)
Idéologies/ Visions	•hospitalo- centrique •alternative	•alternative •CH: modéré	•hospitalo- centrique •alternative	•alternative •CH: modéré	•hospitalo- centrique •alt.: modéré	•hospitalo- centrique •alt.: modéré	•hospitalo- centrique •alt.: modéré
Institutional.: participation	•CSM: 86-89 •CSM: + (dès 1993)	•CSM: + (dès 1993) •projet pilote: TSR	•CSM: 86-89 •comité de désins. •CSM: RRSSS	•CSM: 86-89 (H-Y & B-M) •CSM: H.Y •réunions: 85	•CSM: 86-89 •CSM: RRSSS	•CSM: 88-89 •CSM: RRSSS •projet pilote: TSR	•CSM: 86-89 •CSM: RRSSS

Index: «(-)» aucun commentaire; «+»: positif; «+++»: très positif; «-»: négatif; «+/-»: mitigé *: indique le rang de la sous-région par rapport aux autres territoires de la Montérégie en termes de richesse relative par population: 1^{ère} sous-région la plus riche de la Montérégie jusqu'à la 7^e sous-région la plus pauvre de la Montérégie

b) Châteauguay

Une dynamique particulière existe à Châteauguay, principalement en raison de l'implantation tardive sur le territoire d'un CH et d'un département de psychiatrie. Avant 1989, Châteauguay était ainsi réuni à Valleyfield; un comité de santé mentale pour les deux territoires avait été mis en place entre 1986 et 1989. Certaines ressources communautaires ont aussi été implantées avant l'ouverture du CH. À cette époque, les CLSC de la sous-région auraient également joué un rôle plus important en santé mentale via leurs services d'urgence psychosociale. Avant l'implantation

du CH, une collaboration intéressante avait été initiée entre les CLSC et les organismes communautaires. D'après une intervenante, Châteauguay était la seule sous-région où il existait une position aussi solidaire et tranchée des CLSC vis-à-vis le communautaire. Cette alliance a favorisé une meilleure participation des ressources communautaires à la prise de décision du territoire pour l'organisation des services de santé mentale. Notamment, une ressource communautaire a participé au comité d'implantation du CH pour le volet psychiatrique. Depuis l'implantation des CH, ce parti pris des CLSC vis-à-vis le communautaire ne serait plus aussi manifeste, d'après certains acteurs rencontrés pour cette étude.

La jeunesse du réseau hospitalier de la sous-région a beaucoup joué sur la configuration de la CIO à Châteauguay. Avec l'ouverture du département de psychiatrie du CH, des fonds de développement considérables étaient attendus: aux alentours de deux millions de dollars. Sur les 30 lits psychiatriques prévus par le ministère en considération de la population, 23 places furent créées et le reste investi dans la communauté. Cette décision du comité de planification de l'ouverture du département, plus que la planification régionale (*PROS.SMM*), est à l'origine de la configuration du réseau actuel de Châteauguay. L'ouverture du département de psychiatrie, qui se fit presque en même temps que la mise en oeuvre du *PROS.SMM*, remet néanmoins en question la planification de l'allocation des fonds de la sous-région. La rationalisation du réseau de la Montérégie, via le *PROS.SMM*, imposait d'allouer les fonds selon la notion d'équité intrarégionale. Châteauguay devait partager ses fonds de développement avec les autres sous-régions. Certes, les représentants de Châteauguay, appuyés par le ministère, n'ont pas accepté une telle revendication. Un compromis a été réalisé pour rencontrer les intérêts sous-régionaux et régionaux, afin «d'acheter la paix parce que c'était la guerre avec les autres sous-régions» affirme un intervenant du territoire. Châteauguay a ainsi passé de l'avant dernière sous-région la plus pauvre en santé mentale, à la troisième la plus riche: 4^e pour le niveau de la promotion/prévention, 2^e pour ses services de 1^{ère} ligne et 5^e pour ses services de 2^e ligne.

L'expérience de participation des acteurs à l'organisation des services a contribué à solidifier la CIO dans la sous-région. Cette tendance se consolide en 1993. Dès le remplacement du CTSR comme structure participative officielle de la RRSSSM en santé mentale, les intervenants du milieu réactivent un comité de santé mentale qui est reconnu comme comité d'experts pour ce programme par la TSR. Le comité de santé mentale de la sous-région est considéré fort dynamique, tellement qu'il inverse parfois la hiérarchie du processus de concertation. Le CSM de Châteauguay est formé des établissements et du communautaire, comme dans presque tous les autres territoires où il a été réactivé. Le comité est par ailleurs non paritaire. Le communautaire considérerait une telle représentativité plus propice à améliorer la coordination des services du

territoire. La collaboration entre l'institutionnel et le communautaire est d'une façon générale assez bonne. Les parties ont une vision de l'organisation des services qui respecte la fonction de chacun. Plus que dans tout autre territoire, le partenariat a imposé une gestion des services en réseau. Les représentants de la santé mentale se sentent de plus en plus tiraillés par leurs intérêts organisationnels versus ceux du réseau sous-régional (notion de l'ambiguïté des rôles). Par exemple, certains exercices de répartition budgétaire au profit de ressources moins consolidées financièrement ont été réalisés. Châteauguay est qualifiée, par une majorité d'acteurs, comme la sous-région possédant le réseau de santé mentale le plus intégré de la Montérégie. La CIO s'est surtout établie autour de processus de références et d'échanges d'information clinique; le partenariat n'a débouché que sur peu d'expériences de gestion de programmes entre les organisations.

c) Richelieu-Yamaska (St-Hyacinthe)

Le développement de la CIO en santé mentale à St-Hyacinthe est marqué par le projet de désinstitutionnalisation. Le réseau est perçu, après celui de Châteauguay, comme l'un des plus intégrés de la Montérégie. Il est aussi avantagé par rapport à sa richesse relative. St-Hyacinthe est la 2^e sous-région la plus riche de la Montérégie: 2^e pour ses services de prévention/promotion, 4^e pour ses services de 1^{ère} ligne et 2^e pour ses services de 2^e ligne. La coordination des services s'effectue néanmoins dans cette sous-région d'une façon bien différente qu'elle s'établit à Châteauguay, puisque ce mouvement est contrôlé par le CH. En 1993, les deux hôpitaux de la sous-région ont été fusionnés pour créer le Réseau santé Richelieu Yamaska. Les trois CLSC de la sous-région ont été appelés pour intégrer le Réseau, invitation qu'ils ont déclinée. Pour certains, ce projet ne peut que finir par se concrétiser en raison de la pression déployée actuellement sur le secteur institutionnel. L'hôpital devait réaliser un plan de désinstitutionnalisation, arrimé au *PROS.SMM*, pour ses services d'hébergement prolongé: 75 lits avaient été constitués pour la clientèle ayant des problèmes sévères et persistants dans la sous-région afin de combler l'absence en Montérégie d'hôpitaux psychiatriques. Un comité de désinstitutionnalisation est ainsi mis sur pied par le CH. Les organismes communautaires y sont représentés. Ils auraient cependant souhaité que le plan s'insère dans les travaux du CTSR. Le processus de désinstitutionnalisation dans la sous-région est fortement critiqué par le communautaire.

Le projet de désinstitutionnalisation est intéressant, puisqu'il permet un redéploiement des services de la sous-région. Particulièrement, le CH a modifié ses services qui sont donnés davantage dans

la communauté.¹ Quelques projets interorganisationnels ont également été développés. Notamment, un comité «hôpital de jour» réunissant le CH et les CLSC de la sous-région et un projet conjoint entre ces partenaires en pédopsychiatrie ont été implantés. La TSR a aussi procédé à plusieurs tentatives de rapprochement entre le CH et le milieu communautaire. Le communautaire à St-Hyacinthe est fort solidarisé et imprégné de l'idéologie alternative (le champ alternatif). Plusieurs coordonnateurs de ressources communautaires proviennent de l'institutionnel; ils y sont partis volontairement, en s'opposant à l'idéologique du milieu. Cette situation renforce les oppositions entre les groupes. Le CH entend néanmoins consolider le réseau communautaire de la région. Des 75 lits de longue durée du pavillon Honoré Mercier, l'hôpital prévoit en conserver 21 qui seront mis à la disponibilité des autres sous-régions moyennant une allocation. Les retombées financières de ce projet de «vente de lits» seraient réaffectées au communautaire, ce qui est fort progressif. Le réalisme de ce projet soulève néanmoins nombre de questions. Des considérations relatives aux clientèles qui seraient ainsi «exportées» font aussi partie de ces critiques.

La CIO dans cette sous-région est également caractérisée par des conflits intraterritoriaux. La sous-région est formée de trois territoires: St-Hyacinthe, Beloeil et Actonvale. Comme la plupart des services sont situés à St-Hyacinthe, bien que les organisations donnent des services dans les autres territoires, les acteurs de Beloeil et d'Actonvale ont beaucoup à redire sur les principes d'équité de la planification régionale qui visent principalement les sous-régions. Dans ce territoire, le programme de santé mentale a aussi été priorisé par la TSR, ce qui encourage l'articulation de la CIO de ce secteur surtout quand des allocations de fonds sont disponibles pour les priorités sous-régionales. Cela est aussi le cas pour les sous-régions de Sorel et de Châteauguay.

d) Haute-Yamaska/Brôme-Missisquoi (Granby/Cowansville)

La Haute-Yamaska/Brôme-Missisquoi est la deuxième sous-région de la Montérégie la moins avantagée sous l'angle des ressources. Elle se classe 7^e pour ses services de 2^e ligne et 1^{er} pour ses services de 1^{ère} ligne et de prévention/promotion. Le réseau communautaire est cependant fort développé et ses services bien coordonnés. Par exemple, le communautaire à Granby a mis sur pied un projet de coordination de ressources en santé mentale à l'intérieur d'une maison achetée en commun. Le communautaire a une longue tradition de coordination de ses services. La CIO en santé mentale dans ce territoire apparaît néanmoins peu consolidée. D'abord, un conflit important existe entre les territoires de Brôme-Missisquoi (Cowansville) et de la Haute-Yamaska

¹ Comme exemple de restructuration, le CH a déménagé son centre de jour au centre-ville afin de rapprocher les services de la clientèle; il a développé une équipe multidisciplinaire pour l'évaluation et l'orientation de la clientèle; il a modifié ses unités de longue durée en une seule unité; il a réorienté des programmes de longue durée en programmes de milieu de vie; il a créé un institut de réadaptation pour les personnes affectées de problèmes de santé mentale, etc.

(Granby). Ces derniers formaient chacun une sous-région lors de l'élaboration du *PROS.SMM*. Ils ont été réunifiés à la période d'implantation de la planification régionale, soit au début de sa phase d'allocation budgétaire. Une seule TSR existe actuellement pour les deux territoires. Les acteurs de Brôme-Missisquoi ont résisté à leur réincorporation à la sous-région de Granby, mais en région, une prise de position allait en ce sens. Fort de ce sentiment d'avoir déjà été une sous-région à part entière, les acteurs en santé mentale de Brôme-Missisquoi ont beaucoup à redire sur la dispensation des services pour la sous-région. Effectivement, peu de ressources ont leur siège social sur le territoire de Brôme-Missisquoi. Le territoire est cependant couvert par Granby et par St-Jean. Cette situation complexifie l'arrimage des services.

Des dissensions graves, les plus exacerbées avec St-Hyacinthe, Longueuil et Sorel des sous-régions étudiées, existent aussi entre le communautaire et l'institutionnel. Les conflits ont surtout été sérieux lors des deux premières phases de mise en oeuvre du *PROS.SMM*. Depuis l'implantation de la TSR (1993), certains projets interorganisationnels entre les groupes ont pu être mis de l'avant. Notamment, des activités de suivi communautaire entre le CH et les ressources communautaires. Le comité de santé mentale a de même été réactivé par les forces locales. Depuis la mise en oeuvre du *PROS.SMM*, les CLSC jouent un rôle plus actif en santé mentale. Deux équipes ambulatoires multidisciplinaires en santé mentale, une pour la population adulte et une pour les personnes âgées, ont été mises en place. Ces programmes relèvent, en fait, d'un projet conjoint unissant les deux CLSC et le CH de la sous-région. La psychiatrie au CH de Granby a une réputation plus communautaire que celle exercée dans les autres sous-régions. Le département de psychiatrie a notamment un pourcentage de lits psychiatriques par rapport à sa population inférieur au taux recommandé pour le territoire. À cause de ces conflits territoriaux et idéologiques, les relations entre les acteurs ont donc été fort difficiles sur le CTSR. Elles le sont encore à la TSR.

e) Valleyfield

Valleyfield est la quatrième sous-région la mieux pourvue en ressources par rapport à sa population: 3^e en services de prévention/promotion, 3^e en services de 1^{ère} ligne et 6^e en services de 2^e ligne. Dans la sous-région, une bonne collaboration existe entre l'institutionnel et le communautaire. D'après un acteur interrogé à ce propos, cette collaboration a été développée dès le milieu des années 1980. À cette époque, le coordonateur d'un organisme communautaire a notamment participé à la table des établissements de la sous-région au même titre que les directeurs généraux de ces derniers. Depuis la mise en oeuvre du *PROS.SMM*, un centre de crise a été ouvert dont les services sont donnés par un CLSC et un organisme communautaire de la

région. Les processus de référence entre les CLSC et le CH ont aussi été améliorés. Grâce à la *Loi 142* (loi d'accès à la population anglophone), un CLSC de la sous-région a particulièrement été consolidé pour ses services de santé mentale. Une équipe multidisciplinaire en santé mentale a été implantée qui doit coordonner ses activités avec les autres CLSC de la sous-région. L'hôpital de la sous-région est néanmoins perçu comme fort hospitalocentrique, ce qui n'encourage pas le partenariat. Les organismes communautaires mettent plutôt de l'avant une philosophie alternative modérée, laquelle pousse davantage à la CIO.

De plus, il existe un conflit sérieux entre un CLSC de la sous-région et le CH. Les relations entre les acteurs organisationnels des différents territoires de la sous-région sont aussi qualifiées de difficiles. Ces conflits territoriaux sont similaires à ceux de la sous-région de St-Hyacinthe. La sous-région compte trois territoires: Valleyfield, Huntingdon et la Presqu'îles. Ces deux derniers avaient l'impression que les décisions sous-régionales en santé mentale avantageaient le territoire de Valleyfield à leur détriment. La représentativité territoriale du CTSR, évaluée par certains d'inadéquade et la difficulté d'y apporter quelconque changement, a fait en sorte qu'il a été impossible, pour les acteurs locaux, de réactiver ce comité à partir 1993.

f) Sorel

La CIO en santé mentale à Sorel apparaît peu développée. La dispersion du pouvoir est particulièrement peu réalisée dans cette sous-région. Le CH de Sorel possède le réseau de services de deuxième ligne le plus articulé en Montérégie considérant sa population. Le communautaire et les CLSC, quant à eux, apparaissent peu consolidés. La sous-région est la plus avantagée de la Montérégie par rapport à sa richesse relative: 1^{er} en services de 2^e ligne, mais 6^e en services de prévention/promotion et 7^e en services de 1^{ère} ligne. Sorel constitue avec St-Hyacinthe l'une des deux sous-régions visées par le processus de désinstitutionnalisation en Montérégie. Contrairement à St-Hyacinthe, le CH de Sorel n'a pas néanmoins conservé, suite à ce processus, de vocation régionale pour les services d'hébergement prolongé. Le processus de désinstitutionnalisation à Sorel s'est aussi entamé plus progressivement que cela ne fut le cas à St-Hyacinthe. Parti de 50 lits il y a environ dix ans, lors du *PROS.SMM* seulement une vingtaine de patients étaient encore institutionnalisés. Ce processus est aussi fort lié à l'implantation du communautaire dans cette sous-région. L'organisme communautaire le plus important du territoire en termes de ressources a été créé, en effet, par l'initiative d'un psychiatre favorable à la communautarisation de la clientèle. L'affiliation de cette ressource à la psychiatrie lui donne néanmoins un statut controversé: à mi chemin entre une ressource communautaire et intermédiaire. Cette ressource a d'ailleurs eu longtemps son siège social à l'hôpital. Son

déménagement, hors des murs de ce dernier, l'a aidé à se rapprocher des autres groupes communautaires de la sous-région (coupure symbolique). Sa philosophie est aussi quelque peu différente des autres organismes communautaires. Un psychiatre y intervient sur une base hebdomadaire; le reste de l'équipe se constitue surtout de professionnels. La ressource a aussi un budget de beaucoup supérieur aux autres du communautaire, ce qui n'a pas aidé aux rapprochements. Malgré ces différences, cette dernière s'affirme fortement communautaire et ses relations avec l'hôpital, comme pour le reste du communautaire de la sous-région, semblent pour le moins difficiles. Donc, les organismes communautaires, peu nombreux et peu solidarisés, contrastent avec l'organisation psychiatrique de la sous-région. Depuis environ deux ans, le communautaire a néanmoins mis sur pied un comité de santé mentale enfin de mieux se consolider et de coordonner ses positions.

Un comité de santé mentale, arrimé à la TSR, a également été mis sur pied par la RRSSSM. Ce comité n'est que peu dynamique, comme dans la plupart des autres sous-régions où il résulte plutôt de l'initiative régionale que sous-régionale. Il ne se réunit notamment que sur commande de la TSR et surtout pour traiter d'allocation financière. Les acteurs de ce territoire espèrent toutefois que ce comité jouera sur le partenariat. Plusieurs projets, en vue d'améliorer l'organisation des services de la sous-région, ont été lancés, par exemple ceux de rationaliser les mandats organisationnels et de mettre en place des mécanismes de références entre les organisations. En particulier, le CH a approché les CLSC du territoire à plusieurs reprises pour améliorer l'arrimage de leurs services. Malgré cette volonté de concertation et de coordination, le réseau de la sous-région demeure peu intégré. Les acteurs ont encore l'impression qu'ils ne se connaissent pas. Ce processus s'insère dans la trame historique de cette sous-région. En 1986, lors de l'implantation des premiers comités sous-régionaux en santé mentale, l'implication des intervenants de Sorel au comité sous-régional avait été plus difficile à s'enclencher qu'ailleurs. Pour le projet pilote des TSR, Sorel fut néanmoins avec Châteauguay la sous-région désignée pour cette expérience.

g) St-Jean

À St-Jean, le réseau de santé mentale est qualifié d'institutionnel. Il y a peu de ressources communautaires qui sont d'ailleurs de philosophie alternative plutôt modérée. La dispersion du pouvoir entre les acteurs organisationnels, comme à Sorel, n'est pas importante. La sous-région est la plus pauvre de la Montérégie: 5^e pour ses services de prévention/promotion et pour ses services de 1^{ère} ligne et 3^e pour ses services de 2^e ligne. Le CH est néanmoins dynamique et

innovateur en termes de projets mis en oeuvre pour améliorer ses services à la clientèle.¹ Particulièrement, il a contribué à consolider le réseau d'hébergement de la sous-région: «Il y a cinq ans, l'hôpital a donné 3 000 \$ pour financer les RTF (ressources de type familial); il y a un an, les fonds sont passés à plus de 82 000 \$ et cette année, les allocations sont évaluées aux alentours de 100 000 \$ (un représentant de la TSR)». La CIO entre le CH et les CLSC de la sous-région n'est pas facile. Ces derniers revendiquent un rôle plus central dans l'offre des services de santé mentale. Les CLSC s'avèrent aussi fort critiques au sujet de la disposition du CH du territoire à vouloir arrimer ses services avec les autres organisations du réseau.

Comme dans la sous-région de Sorel, on a cette impression que le processus de concertation interorganisationnelle repart à zéro. Les acteurs avouent être au stade de se connaître les uns les autres. Certains intervenants rencontrés ne semblaient même pas au courant de l'existence du comité de santé mentale. Dans leur ensemble, les relations entre le communautaire et l'institutionnel sont néanmoins qualifiées d'acceptables. Certaines ressources communautaires de la sous-région ont notamment été fondées avec l'aide de l'hôpital. Ceci n'est pas nécessairement une pratique exceptionnelle.

4.5.2. Impact des caractéristiques locales sur la configuration de la CIO

Des sept sous-régions de la Montérégie étudiées pour tracer les différentes configurations de la CIO, deux groupes de sous-régions peuvent être constitués: 1) Longueuil, Richelieu-Yamaska (St-Hyacinthe), Châteauguay et Haute-Yamaska/Brôme-Missisquoi (Granby et Cowansville) et 2) Valleyfield, Sorel et St-Jean. Ce premier groupe est composé des sous-régions dont les services apparaissent les plus diversifiés. Deux sous-régions de ce groupe possèdent, en effet, la dispersion du pouvoir en ressources la plus importante: Haute-Yamaska/Brôme-Missisquoi et Châteauguay. Le deuxième groupe comporte, au contraire, les deux sous-régions dont la dispersion du pouvoir en termes de ressources est la moindre: Sorel et St-Jean. Pour le premier groupe de sous-régions, le capital politique du communautaire ressort également comme une variable structurante. La consolidation financière du communautaire accompagne donc une radicalisation des positions de ce groupe (vision fortement alternative). Malgré que la CIO soit considérée mieux adaptée dans un contexte de dispersion du pouvoir, elle pousse ici à l'augmentation des conflits interorganisationnels. Ce groupe est formé aussi des sous-régions ayant réactivé leurs comités de santé mentale de leur propre chef. Seulement le Richelieu-Yamaska n'a pas ranimé une telle structure. Un comité de désinstitutionnalisation a néanmoins été

¹Le CH de la sous-région a notamment regroupé ses services (clinique externe de pédopsychiatrie, centre de jour et clinique externe pour adulte); il a ouvert un centre regroupant ses activités dans des locaux plus appropriés; il a agrandi son centre d'unité d'évaluation de court séjour; il a regroupé ses sept unités en deux grandes unités, services externes psychiatriques et services intrahospitaliers, etc.

implanté dans ce territoire. La réactivation d'un comité de santé mentale par les forces locales témoigne de l'intérêt des acteurs sous-régionaux à solidifier leur réseau et de la conscience de leur interdépendance.

De toutes les sous-régions étudiées, c'est à Châteauguay que la CIO est la plus développée. Le réseau de Châteauguay apparaît particulièrement intéressant, puisqu'il s'avère davantage équilibré sous l'angle du pouvoir, ce qui encourage la diversification et l'accessibilité des services au profit de la clientèle (White *et al.*, 1993). Les relations entre les deux premiers tiers sont assez bonnes. La coordination et la continuité des services sont ainsi favorisées. L'exemple de Châteauguay met en relief la possibilité d'arrimer les services de ces groupes organisationnels (les champs alternatif et médical). Malgré que la répartition du pouvoir dans le Richelieu-Yamaska soit moins équilibrée qu'elle l'est à Châteauguay, le CH tend à réformer ses services et il est ouvert à la consolidation de ses partenaires et à la coordination de ses activités avec leurs services. Une forme de coordination sous-régionale de services sous le leadership des CH peut ainsi se révéler une voie pertinente pour améliorer la coordination latérale du système de santé mentale. D'après nos recherches, il semble néanmoins difficile pour ces derniers de s'orienter sur un modèle autre qu'hospitalocentrique (notamment le modèle de l'intégration). Enfin, les sous-régions de Longueuil et de Brôme-Missisquoi ont été insérées à ce premier groupe, car elles possèdent des services davantage diversifiés que ce deuxième en termes de ressources et de capital politique. Toutefois, les conflits entre les groupes organisationnels et/ou entre les territoires complexifient l'organisation de réseaux intégrés de services. À Granby, les services entre organismes communautaires et ceux entre CH et CLSC sont cependant bien arrimés. Pour les sous-régions du deuxième groupe, quelques expériences aussi intéressantes sont à souligner, notamment la gestion d'un centre de crise entre un CLSC et une ressource communautaire de Valleyfield et l'allocation de subventions du CH de St-Jean aux RTF du territoire.

4.6. Enjeux et défis du partenariat en santé mentale comme mode de régulation

Suite à la *PSM* (1989), mettant en relief les problèmes de structuration du système de santé mentale, la revalorisation du pouvoir local est préconisée comme une des principales stratégies de changement. Le pouvoir local s'articule, d'une part, par l'institutionnalisation du processus de décentralisation du MSSS aux RRSSS et pour la santé mentale, de ces dernières aux sous-régions. D'autre part, il soutient la reconnaissance du rôle des organismes communautaires et des CLSC dans la distribution des services de santé mentale. Le MSSS et la RRSSSM entendent constituer des réseaux régionaux et locaux intégrés de services de santé mentale, réseaux formés

des établissements, des organismes communautaires et de l'intersectoriel. Ce partenariat encouragerait l'équité interrégionale et intrarégionale et le redéploiement du système en fonction des besoins de la clientèle, puisque les sociétés civiles sont mieux représentées. D'après la littérature sur l'organisation des services de santé mentale et notre recherche, les réseaux intégrés constituent la forme la plus efficiente et la plus pertinente pour répondre aux besoins de la clientèle ayant des problèmes de santé mentale (Provan et Milward, 1994 et 1995; Provan et al., 1996; Shore et Cohen, 1990; Dill et Rochefort, 1989). Les réseaux à plusieurs acteurs organisationnels sont également jugés comme davantage conformes au respect de la diversité de l'offre et de l'accessibilité des services qu'une structure à distributeur unique. Ils incitent à la créativité dans l'offre des services et ils sont moins fragiles face aux changements (Simon, 1962 dans Provan et Milward, 1995; White et al., 1993).

L'étude de la construction de réseaux intégrés de santé mentale implique de tenir compte de la structuration d'un réseau, de ses dynamiques régionales et locales et de ses déterminants. L'analyse de la coordination structurelle met en relief le statut mandaté de la CIO en santé mentale, le rôle d'agent de planification/coordination de l'instance régionale, le statut mi-corporatif et mi-d'alliance de la CIO et sa nature centralisée (le pouvoir étant centralisé dans le système au niveau des départements de psychiatrie). Le fait que la CIO soit mandatée par l'État signifie que les acteurs organisationnels n'ont pas nécessairement exprimé le besoin d'arrimer leurs actions, qu'ils ne partagent pas aussi obligatoirement une vision conciliable de la distribution des services et que les partenaires ne sont pas connus ou reconnus nécessairement des uns des autres. La CIO mandatée par l'État peut soit contribuer à renforcer le partenariat, soit aboutir à peu d'impact. Le degré de convergence ou de divergence du système et son ouverture aux changements répondent de ses résultats. Le statut mi-corporatif et mi-d'alliance de la CIO exprime que le réseau est chapeauté par une instance à pouvoir de régulation mi-autoritaire et mi de négociation. Les rapports interorganisationnels demeurent aussi peu formalisés. La stratégie d'implantation de la CIO en santé mentale en Montérégie est donc jugée surtout de nature incitative (Benson, 1975).

Les déterminants de la CIO ont été considérés en trois périodisations, l'exposition du problème, l'orientation du réseau et la structuration (Gray, 1985; McCann, 1983). Chacune de ces phases comporte un ensemble de conditions à remplir, et la rencontre de chacune prédisposant à celle des autres. En Montérégie, sur les quatre conditions recensées de l'exposition du problème, seulement l'identification de problèmes compatibles a été atteinte. Les acteurs démontrent peu d'intérêt à former une CIO, spécifiquement les CH. Les organisations reconnaissent aussi faiblement l'expertise et la légitimité des autres acteurs. Pour l'étape de l'orientation du réseau, seulement une condition est rencontrée, soit l'élaboration de solutions compatibles. Dans le *PROS.SMM*, des

orientations sont ciblées afin de rencontrer les objectifs poursuivis par le système. La planification régionale (*PROS.SMM*) a fait l'objet d'un consensus. Trois champs interagissent pour le secteur de la santé mentale: les champs médical, alternatif et réformiste. L'existence de plus d'un champ pousse aux conflits interorganisationnels. Certains processus et structures organisationnels viennent aussi enfreindre la marche du partenariat. Particulièrement, le statut du corps médical et la structuration des comités de concertation insuffisamment articulés aux organisations ne favorisent pas les relations interorganisationnelles. À l'étape de la structuration, les formes et l'intensité des rapports entre les organisations apparaissent faiblement développées. Les visions, qui supportent la distribution des services de santé mentale, sont encore difficilement conciliables. La CIO n'a aussi débouché que sur peu de redistribution de pouvoir. Les structures latérales de coordination, initiées surtout par la RRSSSM pour inciter le partenariat en santé mentale, sont également lacunaires ou plus ou moins fonctionnelles (approche par programmes, systèmes d'information, comités et mécanismes d'admission interorganisationnelle). Les pratiques interorganisationnelles ont aussi été légèrement valorisées. Quelques expériences de CIO sont néanmoins à souligner un peu partout en région, mais elles demeurent à la marge des pratiques courantes.

L'analyse contextuelle et processuelle met en relief le parcours du développement de la CIO et son inscription aux particularités régionales. Pour améliorer la coordination latérale du système aux niveaux régional et sous-régional, la principale stratégie du *PROS.SMM* s'est articulée autour de l'implantation de structures de concertation. L'historique de la dynamique de ces dernières est découpée en cinq phases. À la période d'élaboration du *PROS.SMM* (1989-1991), les acteurs adoptent une stratégie de coopération (Benson, 1975). Toutefois, les deux périodes suivantes (1991-1993 et 1993-1996) sont plutôt défavorables à la CIO. Les acteurs organisationnels, qui sont déçus dans leurs attentes de transformation du réseau, embrassent une stratégie de perturbation au partenariat. Entre 1991 et 1993, ce constat est particulièrement manifeste. Les fonds de développement du *PROS.SMM* sont distribués à cette période et seulement 5% du financement planifié est alloué. Pour favoriser la dispersion du pouvoir dans le système, la formation de coalitions est apparue comme la principale tactique des organismes communautaires et des CLSC. La période de 1993-1996 est caractérisée par la marginalisation de la santé mentale. À partir de 1996, la CIO est davantage stimulée, puisque la RRSSSM remet en place des structures de concertation sous-régionales en santé mentale. Une stratégie de coopération est alors remise de l'avant. Ce processus n'est cependant qu'en émergence et demande à être davantage organisé autour d'outils encourageant la coordination des activités de santé mentale des acteurs organisationnels (nous y reviendrons).

La CIO en Montérégie appert donc encore peu développée. La dispersion du pouvoir n'a été effectuée qu'à la marge du système; les services des organismes communautaires dans certaines sous-régions sont faiblement déployés¹ et d'une façon générale, ceux des CLSC ont été peu consolidés. Les services demeurent aussi insuffisamment arrimés; la formalisation des échanges et les pratiques interorganisationnelles ont été insuffisamment valorisées et la dynamique entre acteurs organisationnels demeurent encore conflictuelle. La CIO dans cette région sociosanitaire est néanmoins en voie de construction; il y a bien eu une amélioration de la coordination latérale du système de santé mentale suite à la mise en opération du *PROS.SMM*. Les conflits interorganisationnels sont notamment moins importants actuellement que lors des premières années d'implantation de la planification régionale; une stratégie de coopération a même été mise de l'avant depuis 1996. Par ailleurs, l'étude de l'impact du *PROS.SMM* sur les dynamiques sous-régionales souligne particulièrement la présence d'expériences de coopération mieux réussies que d'autres. Spécifiquement, les territoires de Châteauguay et de St-Hyacinthe ont développé des CIO plus articulées. Dans ces sous-régions, il s'est établi une certaine dispersion du pouvoir entre les organisations et la concertation apparaît comme un processus important de gestion du système depuis la mise en oeuvre du *PROS.SMM*. Dans un territoire, la coordination des services s'effectue davantage autour du leadership du CH. Ce modèle nous semble intéressant s'il débouche sur une reconnaissance des autres distributeurs de services du réseau. Nos recherches tendent à démontrer le danger qu'il perpétue plutôt le maintien du statu quo.

De l'étude du partenariat en santé mentale, plusieurs commentaires peuvent être tirés. D'abord, l'examen des déterminants de la CIO questionne la plausibilité de la constitution d'un réseau de santé mentale dans un cadre mandaté, d'autant plus si les agents mandataires n'exercent pas suffisamment un rôle de leader de l'organisation et de la coordination du système. L'impact du leadership dans le processus de changements stratégiques et des relations interorganisationnelles n'est pas à sous-estimer (Tushman et Romanelli, 1985; Lorsch, 1986; Pettigrew, 1985). À plus d'une reprise, la marche de la CIO en Montérégie a été considérée en raison de la personnalité des leaders locaux et la régie régionale critiquée comme n'ayant pas eu assez de leadership. En cette matière, l'étude de la coordination structurelle a mis particulièrement en relief l'importance du rôle d'agent de planification/coordination de la RRSSSM. Il est ainsi recommandé de consolider le rôle de cette dernière sous l'angle de la régulation, des sanctions et de la formalisation de la coordination. Les distributeurs de services de santé mentale sont aussi singulièrement invités à davantage initier des structures formelles de CIO sur le plan local. Un continuum d'agents de planification/coordination pour le réseau pourrait dans cette voie être développé. Ce dernier

¹ Le Bilan d'implantation de la Politique de santé mentale (MSSS, 1997) prône que 10% du budget de la santé mentale soient octroyés aux services donnés par les organismes communautaires.

permettrait de créer un leadership collectif et d'améliorer la responsabilisation des acteurs organisationnels aux décisions prises dans les comités de concertation. Une stratégie plus autoritaire (Benson, 1975) est donc promue pour organiser le réseau de la santé mentale, étant donné la dissymétrie du pouvoir des organisations et la divergence du système. Néanmoins, une consolidation du palier sous-régional est aussi préconisée pour les fonctions de planification opérationnelle et de coordination des activités locales de santé mentale. Il semble essentiel que les acteurs du terrain s'approprient une réforme pour qu'elle s'implante (Callon *et al.*, 1986, 1989). Ainsi, un modèle de gestion des services prônant, tout à la fois, une forte distribution verticale du pouvoir et une décentralisation importante de la prise de décision et de l'action au palier local est mis de l'avant pour l'organisation des services de santé mentale; la RRSSM devrait élaborer des balises rigides d'organisation de services et les acteurs locaux formaliser leurs échanges à l'intérieur de ces cadres (voir le sous-chapitre 6.4).

La consolidation de la CIO et du partenariat impliquent aussi une certaine dispersion du pouvoir entre les acteurs organisationnels, d'autant plus dans le secteur public et en santé mentale en raison des limites de la médecine psychiatrique à traiter les cas de diagnostic lourd (Andreasen, 1985; MSSS, 1985), de l'impératif d'efficacité et de la pertinence d'implanter une gamme de services variés. La consolidation des organismes communautaires questionne cependant leur volonté d'arrimage au réseau public. Particulièrement, l'étude de la configuration sous-régionale de la CIO a mis en relief le fait que le renforcement du communautaire encourage souvent les conflits interorganisationnels. Un minimum de conflits interorganisationnels et de compétition n'est cependant pas nécessairement néfaste pour la construction de réseaux. Cette situation incite à questionner le système et à mettre en oeuvre des réseaux davantage efficaces et innovateurs (Whetten, 1981; White *et al.*, 1994; Lamoureux, 1994). La gravité des conflits interorganisationnels en Montérégie pousse toutefois à investir dans la recherche de tactiques visant à minimiser leur impact et à rapprocher les parties. Whetten (1981) met en perspective les stratégies les plus souvent retrouvées dans la littérature pour diminuer les conflits interorganisationnels (voir la citation en exergue). Nous prôtons la mise en oeuvre d'une pluralité de stratégies propres à améliorer les relations interorganisationnelles:

«pitting one conflicting party against another by telling each one to work out the conflict in its expectations, segmenting the organization so that semiautonomous parts respond to different interacting organizations, and obscuring the organization's response to one expectation that is counter to the requirements for satisfying another (p. 7).»

Notre étude démontre enfin que les comités de santé mentale sont des mécanismes intéressants pour stimuler la CIO. Dans un réseau divergent où il existe une forte dissymétrie du pouvoir et pour une CIO mandatée, les structures de concertation ne sont pas néanmoins une tactique suffisante

en vue de transformer la dynamique du système. La recherche normative devrait ainsi être consolidée afin d'élaborer des stratégies et des mécanismes propices à actualiser la CIO. Certaines régions sociosanitaires ont pour ce faire implanté des outils de gestion pertinents. L'article qui suit, «L'implantation de l'intégration des services de santé mentale au Québec. Esquisse d'un modèle et repères pour la configuration des services régionaux» identifie des modes de coordination de services et propose un modèle d'organisation des services pour améliorer la distribution des services de santé mentale. En fin de parcours de cette recherche, plusieurs questions restent néanmoins en suspens. Notamment, bien que nous préconisons une certaine dispersion du pouvoir entre les acteurs organisationnels de la santé mentale, quels impacts comporte véritablement le renforcement des CLSC et des organismes communautaires dans la dispensation des services de santé mentale et pour le personnel des établissements? L'intersectoriel a par ailleurs peu participé à la CIO en santé mentale. Il devrait davantage être mobilisé sur des projets concrets de coordination de services. La participation de cet acteur est un enjeu crucial de la distribution des services en ce domaine sociosanitaire.

Bibliographie:

- Andreasen, Nancy, The Broken Brain. The Biological Revolution in Psychiatry, Perennial Library, 1985, 278 pages.
- Bélangier, P.R., «Santé et services sociaux au Québec: un système en otage ou en crise? De l'analyse stratégique aux modes de régulation», Revue internationale d'action communautaire, 20/60, 1988, pp. 145 à 155.
- Benson, J. Kenneth, «The Interorganizational Network As a Political Economy», Administrative Science Quarterly, vol. 20, no 2, juin 1975, pp. 229 à 249.
- Bolland, John M. and Jan V. Wilson, «Three Faces of Integrative Coordination: A Model of Interorganizational Relations in Community-Based Health and Human Services», Health Services Research, vol. 29, pp. 341-366.
- Bourdieu, Pierre, «Le champ scientifique», Actes de la recherche en sciences sociales, no 2-3, pp. 88-104 (précédemment publié en 1975: «La spécificité du champ scientifique et les conditions sociales du progrès de la raison», Sociologie et Sociétés, vol. 7, no 1, pp. 91-118).
- Bozzini, Luciano et Jacques Bourgault, «La décentralisation après la loi de 1991 sur les services de santé et les services sociaux au Québec», Service social, vol. 41, no 2, 1992, pp. 87-114.
- Brachet, Philippe, «Problématique du partenariat de service public», Revue politiques et management public, vol. 13, no 1, mars 1995.
- Callon, Michel et Bruno Latour, «Les paradoxes de la modernité. Comment concevoir les innovations», Prospective et Santé, hiver 1986, pp.13-25.
- Callon, Michel (dir.), «La protohistoire d'un laboratoire (chapitre 2)», La science et ses réseaux, Paris, La Découverte, 1989, pp. 66-116.
- Cohen, D. Michael, James G. March and Johan P. Olsen, «A Garbage Can Model of Organizational Choice», Administrative Science Quarterly, volume 17, no 1, 1972, pp. 1-25.
- Conrad, A. Douglas, «Coordinating Patient Care Services in Regional Health Systems: The Challenge of Clinical Integration», Hospital & Health Administration, Vol. 38, No. 4, Winter 1993, pp. 491-508.
- Cook, Karen S. «Exchange and Power in Networks of Interorganizational Relations», The Sociological Quarterly, vol. 18, no 1, 1977, pp. 62-82.
- Corin, E., L. Tessier, G. Séguin-Tremblay, L. Bozzini et F. Grunberg (pour le Comité de la santé mentale du Québec, MSSS), Sortir de l'asile, Les Publications du Québec, 1986, 480 pages.
- CRSSSM, Plan régional d'organisation des services en santé mentale, 1991, 219 pages.
- Demers, Louis, «La profession médicale», dans Le système de santé au Québec. Organisation, acteurs et enjeux, Québec, Presses de l'Université de Laval, 1994, pp. 213-243.
- Denis, Jean-Louis, Ann Langley et Linda Cazale, «Peut-on transformer les anarchies organisées? Leadership et changement radical dans un hôpital», Rupture. Revue transdisciplinaire en santé, U de M, GRIS, vol. 2, no 2, 1995, pp. 165-190.

- Denis, Jean-Louis, François Champagne, André-Pierre Contandriopoulos et Pierre-Gerlier Forest, Les échanges interorganisationnels: état des connaissances, Montréal, U de M, GRIS, no N90-09, 1990, 17 pages.
- Denis, Jean-Louis, Marie-Josée Fleury, François Champagne, André-Pierre Cantandriopoulos, Ann Langley, Raynald Pinault et Claude Sicotte, «La planification et le changement. Analyse de l'expérience des PROS dans le système de santé au Québec», dans La planification régionale des services sociaux et de santé. Enjeux politiques et méthodologiques, Collectif sous la direction de Mireille Tremblay, Hung Nguyen et Jean Turgeon, Les Publication du Québec, 1996, pp. 41-49.
- Dill A. and D. A. Rochefort, «Coordination, Continuity and Centralized Control: A Policy Perspective on Service Strategies to the Chronically Mentally Ill», Journal of Health and Social Behavior, 1989, vol. 12, pp. 99-108.
- Doré, Gérald, «L'organisation communautaire et les mutations dans les services sociaux au Québec, 1961-1991. La marge et le mouvement comme lieux de l'identité», Service social, vol. 41, no 2, 1992, 131-162.
- Dorvil, Henri et Jean Gagné, «La délicate cohabitation du communautaire et de l'institutionnel en santé mentale. Entrevue avec le ministre Marc-Yvan Côté», Nouvelles pratiques sociales, vol. 5, no 2, 1992, pp. 8-23.
- Doucet, Laval et Louis Favreau, Théorie et pratiques en organisation communautaire, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 1991, 468 pages.
- Fleury, Marie-Josée et al., «Étude des conditions d'implantation d'un changement. Une analyse de l'institutionnalisation et de la désinstitutionnalisation des champs du système sociosanitaire relatif à la problématique du SIDA», 1998, (à paraître).
- Fortin, Andrée, «Les organismes et groupes communautaires», dans Le système de santé au Québec. Organisation, acteurs et enjeux, Québec, Presses de l'Université de Laval, 1994, pp. 163-183.
- Germain, Annick et Pierre Hamel, «Les ambiguïté du pouvoir local», Revue internationale d'action communautaire, 13/53, MII, 1985.
- Gillies, Robin R. et al., «Conceptualizing and Measuring Integration: Findings from the Health Systems Integration Study», Hospital & Health Services Administration, Vol. 38, no. 4, 1993, pp. 467-488.
- Godbout, J.T., «Les relations central-local ou le rendez-vous manqué», Revue internationale d'action communautaire, 3/58, printemps 1985, pp. 125-129.
- Goffman, Erving, Asile. Études sur la condition sociale des malades mentaux, Paris, Les Éditions de Minuit, 1968, 447 pages.
- Gray, Barbara, «Conditions Facilitating Interorganizational Collaboration», Human Relations, vol. 38 (10), 1985, pp. 911-936.
- Hall, Richard H., John P. Clark, Peggy C. Giordano, Paul V. Johnson and Marth Van Roekel, «Patterns of Interorganizational Relationships», Administrative Science Quarterly, vol. 22, september 1977, pp. 457-474.
- Hamel, Pierre, «Contrôle ou changement social à l'heure du partenariat», Sociologie et sociétés, vol. XXV, no 1, printemps 1993, pp. 173-188.
- Jacobs, David, «Dependence and Vulnerability: an Exchange Approach to the Control of Organizations», Administrative Science Quarterly, vol. 19, pp. 45-59.
- Knights, David, Fergus Murray et Hugh Willmott, «Networking as Knowledge Work: A Study of Strategic Interorganizational Development in the Financial Services Industry», Journal of Management Studies, vol. 30, no 6, 1993, pp. 975-995.
- Lamoureux, Jocelyne, Le partenariat à l'épreuve, Montréal, Editions Saint-Martin, 1994, 235 pages.
- Lawless, Michael W. and Rita A. Moore, «Interorganizational Systems in Public Service Delivery: A New Application of the Dynamic Network Framework», Human Relations, vol. 42, no 12, 1989, pp. 1167-1184.
- Levine, Sol and Paul E. White, «Exchange as a Conceptual Framework for the Study of Interorganizational Relationships», Administrative Science Quarterly, vol. 5, no 4, 1961, pp. 583-601.
- Lorsch, J.W. «Manager's Culture: The Invisible Barrier to Strategic Change», California Management Review, vol. 28, no 2, pp. 95-109.
- McCann, J.E., «Design Guidelines for Social Problem-Solving Intervention», Journal of Applied Behavioral Science, 1983, vo. 19, pp. 177-189.
- MSSS, Comité de la santé mentale (Boulet, Christian), Synthèse d'une consultation sur l'efficacité des modes d'intervention en santé mentale, Québec, 1985, 162 pages.
- MSSS, La Politique de la santé mentale, Québec, 1989.
- MSSS (Potvin, Nelson), Bilan d'implantation de la Politique de santé mentale, Québec, 1997.
- MSSS-RRSSS, Rapport comité MSSS-Régies sur la gestion par programme, juin 1994, 43 pages.
- Pettigrew, Andrews, «Examining Change in the Long-Term Context of Culture and Politics», dans Pennings et ass. (eds), Organizational Strategy and Change, London, Jossey-Bass, 1985, pp. 269-319.
- Provan, Keith. G. and H. Brinton Milward, «Integration of Community-Based Services for the Severely Mentally and the Structure of Public Funding: A Comparison of Four Systems», Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 19, No. 4, Winter 1994, pp. 865-895.
- Provan, Keith. G. and H. Brinton Milward, «A Preliminary Theory of Interorganizational Network Effectiveness: A Comparative Study of Four Community Mental Health Systems», Administrative Science Quarterly, Vol. 40, 1995, pp. 1-33.

- Provan, Keith. G. Juliann G. Sebastian and H. Brinton Milward, «Interorganizational Cooperation in Community Mental Health: A Resource-Based Explanation of Referrals and Case Coordination», Medical Care Research and Review, Vol. 53, No. 1, March 1996, pp. 94-119.
- Robert, Lionel, «Quinze mois après le rapport Rochon. Le partenariat entre le réseau institutionnel et la communauté: un paradigme à définir», Nouvelles pratiques sociales, vol. 2, no 1, printemps 1989, pp. 38-52.
- Ross, Austin, «Organizational Linkages: Management Issues and Implications», New England Journal of Medicine, October 1979, pp. 812-818.
- RRSSSM, Vers un virage santé et bien-être. Plan stratégique 1995-1998 de transformation du système - Montérégie -, 1^{er} trimestre 1995, 46 pages.
- RRSSSM, Panier de services - Reconfiguration du réseau 1997-2000 - santé mentale, septembre 1996.
- RRSSSM, Portraits sous-régionaux préparés dans le cadre du plan de réorganisation du réseau 1997-2000, septembre 1996.
- Schmidt, Stuart M. and Tomas A. Kochan, «Interorganizational Relationships: Patterns and Motivations», Administrative Science Quarterly, vol. 22, June 1977, pp. 220-234.
- Shore MF et MD Cohen, «The Robert Wood Johnson Foundation Program on Chronic Mental Illness: An Overview», Hospital and Community Psychiatry, 1990, vol. 41, pp. 1212-1216.
- Stern, Robert N., «The Development of an Interorganizational Control Network: The Case of Intercollegiate Athletics», Administrative Science Quarterly, vol. 24, June 1979, pp. 242-266.
- Thompson, James D. et William J. McEwen, «Organizational Goals and Environment» dans Amitai Etzioni (ed.), A Sociological Reader on Complex Organization, second edition, New York, Holt, Rinehart & Winston, pp. 187-196.
- Tremblay, Diane-Gabrielle, «Le développement économique local: de nouveaux partenariats entre les collectivités locales, l'État et le secteur communautaire», Revue politiques et management public, vol. 13, no 4, décembre 1995, pp. 1-34.
- Turgeon, Jean et Réjean Landry, «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 public, vol. 13, no 4, décembre 1995.
- Turgeon, Jean, «Bientôt vingt ans de régionalisation: qu'ont donc eu à faire les C.R.S.S.S.?», Service social, vol. 38, no 2-3, 1989, pp. 220 à 245.
- Tushman, L. Michael et Elaine Romanelli, «Organizational Evolution: A Metamorphosis Model of Convergence and Reorientation», Research in Organizational Behavior, Edition L.L. Cummings and B. Staw, Jai Press, 1985, vol. 7, pp. 171-222.
- Whetten, David A., «Interorganizational Relations: A Review of the Field», Journal of Higher Education, vol. 52, non 1, 1981, pp. 1-28.
- White, Deena, «Les processus de réforme et la structuration locale des systèmes. Le cas des réformes dans le domaine de la santé mentale au Québec», Sociologie et société, vo. XXV, no. 1, 1993, pp. 77 à 97.
- White, Deena, Céline Mercier et Denise Roy, Concertation et continuité des soins en santé mentale: trois modèles montréalais, GRASP, Rapport présenté au Conseil québécois de la recherche sociale, Juillet 1993.
- White, Deena, Céline Mercier, Francine Desbiens et Marie-Claude Roberge, 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, 1994, 67 pages.

CHAPITRE 5: L'implantation de l'intégration des services de santé mentale au Québec. Esquisse d'un modèle et repères pour la configuration des services régionaux

Résumé

Cet article s'intéresse à cerner ce qu'implique la notion d'intégration pour les services de santé mentale et l'implantation de ce modèle de l'intégration dans les réseaux régionaux de santé mentale au Québec. Le modèle est d'abord défini et introduit dans le contexte québécois. Des mesures sont ensuite identifiées pour procéder à l'évaluation de son actualisation. L'analyse des résultats met en relief qu'il contribue à configurer l'organisation régionale des services de santé mentale. Trois groupes de régions l'ont développé à des degrés différents. Cette recherche est éclairante pour démontrer les opérations et les stratégies prises par les acteurs régionaux pour mettre en oeuvre le modèle. À cet égard, certaines tactiques sont jugées comme plus pertinentes que d'autres, favorisant le rapprochement des services des communautés et les échanges interorganisationnels. Particulièrement, les régions sociosanitaires qui ont plus décentralisé l'offre et la gestion de leurs activités et développé des mécanismes de formalisation des échanges apparaissent intéressantes. Notre terrain ayant mis en perspective la méconnaissance des systèmes régionaux de santé mentale d'une région à une autre, certaines expériences pourront ainsi servir de référents pour l'organisation des services d'autres régions.

Introduction

L'intégration des services est un sujet fort d'actualité, car cette forme de structuration des activités sociosanitaires est présentée comme une des solutions à l'amélioration de l'efficacité du système. Ce thème s'avère toutefois peu exploité dans la littérature concernant l'organisation des services de santé mentale au Québec. Pour plusieurs auteurs, l'intégration des services apparaît pourtant comme le modèle le plus efficace et pertinent en ce domaine (Provan et Milward, 1994 et 1995; Provan *et al.*, 1996; Shore et Cohen, 1990; Dill et Rochefort, 1989). La notion d'intégration des services demande cependant à être mieux définie. L'imprécision du modèle complexifie actuellement son opérationnalisation et rend ses effets difficilement appréciables (Aldrich, 1978; Bolland and Wilson, 1994). Par une analyse descriptive des régions sociosanitaires du Québec, l'article propose de mieux formaliser ce modèle et d'identifier son actualisation dans les territoires sociosanitaires. La notion d'intégration des services est présentée selon trois dimensions (clinique, administrative et du corps médical au système) et des mesures évaluatives sont répertoriées afin de cerner sa mise en oeuvre.

La Politique de santé mentale (PSM, 1989), dont les orientations s'implantent dans les territoires sociosanitaires par les plans régionaux d'organisation de services (PROS.SM), est interprétée comme mettant de l'avant le modèle de l'intégration pour ce secteur au Québec. Dès la fin des années 1970, l'organisation des services de santé mentale est régionalisée et les acteurs

organisationnels sont invités à coordonner leurs services (Turgeon, 1989).¹ Dans les années 1980, un processus est amorcé visant à diversifier les services (Mercier et White, 1995). À cette période, le système apparaît néanmoins monolithique et centralisé, contrôlé par les CH et balisé par une pratique biomédicale. Les réformes subséquentes à la *PSM* renforcent l'implantation des orientations soutenues par le modèle. Particulièrement, *La Loi 120* accentue la régionalisation de l'organisation des services et au niveau régional, les plans de transformation des réseaux sociosanitaires pour le volet de la santé mentale favorisent la communautarisation des services et la dispersion des ressources entre les acteurs organisationnels. En plus des réformes, d'autres mécanismes contribuent à configurer l'organisation des services de santé mentale des régions sociosanitaires, notamment le contexte économique, les pratiques et les philosophies promues par les acteurs, les dynamiques régionales et la structuration des réseaux. L'implantation de l'intégration des services est considérée comme un processus complexe et interactif.

D'abord, le modèle de l'intégration est présenté (section 1). La méthodologie utilisée pour analyser le développement de ce dernier dans les régions sociosanitaires fait ensuite l'objet de notre attention (section 2). La section qui suit examine le contexte et les déterminants d'implantation du modèle au Québec (section 3). S'ensuit l'analyse de la mise en oeuvre de ce dernier (sections 4 et 5). En conclusion (section 6), l'actualisation du modèle de l'intégration au Québec et l'implication des résultats de recherche dans l'organisation des services de santé mentale sont discutées. Cette recherche contribue, sur les plans théorique et méthodologique, à mieux définir l'intégration des services pour ce domaine sociosanitaire. Sur le plan empirique, elle identifie les stratégies déployées par les acteurs pour introduire le modèle et elle trace des repères concernant la structuration des services régionaux de santé mentale. L'article tend ainsi à mieux comprendre les enjeux d'organisation de la distribution des services de santé mentale au Québec.

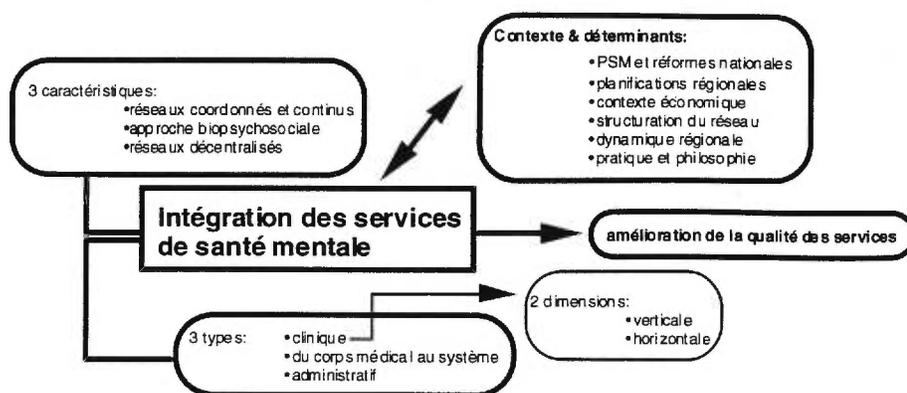
5.1. Esquisse d'un modèle d'intégration des services de santé mentale

En santé mentale, depuis que le modèle de «l'enfermement/traitement» en milieu psychiatrique n'est plus acceptable socialement et que l'État est à la recherche de système plus efficient, le modèle de l'intégration des services est mis de l'avant (Provan et Milward, 1995) (voir la figure 1). Celui-ci est défini comme un réseau d'organisations distribuant des services coordonnés et continus à une clientèle particulière, tenu imputable de l'efficacité et de la pertinence du système et des résultats relatifs à la santé de cette clientèle (Gillies *et al.*, 1993). Il se fonde sur la reconnaissance

¹ En 1977, les commissions administratives régionales en santé mentale (CAR) sont implantées dans les territoires sociosanitaires. En 1979, l'*Arrêté en conseil 3179-79* renforce le processus de régionalisation pour certains programmes, dont la santé mentale (voir la section 2.3.1 de la thèse).

d'une interdépendance forte des acteurs et des organisations impliqués dans un domaine d'intervention. Un réseau est un ensemble d'organisations plus ou moins connectées et liées à un même programme, qui répondent à des objectifs communs. L'analyse d'un réseau se différencie d'autres formes de coordination (notamment «action set» et «organization set»¹) par l'importance donnée à l'ensemble des liens constitutifs d'une collaboration (Callon *et al.*, 1986, 1989; Stern, 1979; Knights *et al.*, 1993). L'intégration d'un réseau est jugée améliorer l'efficacité des services donnés à une clientèle, contribuant à favoriser le bien-être de l'utilisateur (Conrad, 1993; Gilles, 1993; Ross, 1979; Bolland et Wilson, 1994; Shore et Cohen, 1990).

Figure 1: Modèle de l'intégration des services de santé mentale



La littérature sur ce modèle identifie trois types d'intégration: clinique («clinical integration»), du corps médical au système («physician-system integration») et administrative («functional integration») (Gillies *et al.*, 1993). Au type clinique, sont associées les dimensions verticale et horizontale. L'intégration est relative aux services à l'intérieur d'une organisation et entre les organisations d'un même réseau.² L'intégration clinique fait référence à la coordination des soins et des services dispensés à un patient dans un réseau particulier. L'intégration clinique dessert deux objectifs principaux: permettre la continuité des services et répondre aux besoins variés de l'utilisateur. Ceci a pour effets de minimiser les espaces non couverts de la distribution des services qu'un système non intégré pourrait masquer et les duplications de services. L'intégration clinique verticale correspond aux services donnés à différentes phases du processus de soins et de services. L'intégration clinique horizontale est relative aux divers services offerts pour une même période de

¹L'«organization set» est définie par Whetten (1981) comme la somme des relations interorganisationnelles établies par une organisation. Les relations interorganisationnelles s'organisent donc autour d'une organisation particulière. L'«action sets» se différencie de cette première forme par le fait que les relations interorganisationnelles se développent autour d'un projet commun. Lorsque ce dernier se finalise, les relations interorganisationnelles se terminent aussi.

²Seule la dimension interorganisationnelle est ici examinée.

maladie. D'après Conrad (1993), l'aspect clinique compterait le plus dans la détermination du niveau d'intégration d'un réseau de santé. L'intégration du corps médical au système est considérée en raison de son importance dans le processus de dispensation des soins (Corin *et al.*, 1986; Bozzini, 1986). Elle témoigne de la participation des médecins à la planification, à la gestion et à la distribution des services du réseau. L'intégration administrative met en relief l'adéquation des différentes fonctions de planification, de gestion, de financement et d'évaluation au réseau d'organisation de services.

Chaque type d'intégration prend une pluralité de formes, balisées par différentes pratiques d'intervention. Le modèle est cependant encadré par une conception biopsychosociale de la nosologie de ce problème de santé et il prend forme à l'intérieur d'espaces géographiques de circonscription réduite (notamment les régions, les sous-régions et les MRC). Ainsi, un ensemble varié de services sont disponibles à la personne atteinte de troubles de santé mentale (de la prévention à la réadaptation/réintégration sociales), planifiés et dispensés dans un espace restreint afin de permettre la continuité des services et une meilleure insertion du patient dans sa communauté d'accueil. Pour Conrad (1993), l'insertion d'un réseau dans un espace local (réseau décentralisé) et la coordination interorganisationnelle représentent les deux conditions essentielles de l'intégration. La notion de communauté est comprise en raison de sa signification géographique, territoire où les services sont proches des usagers, ouverts aux besoins locaux et d'accès facile pour la population locale. La communauté est aussi interprétée comme discours sociologique, faisant référence à la solidarité et à l'entraide et évitant que la prise en charge des usagers ne soit trop explicitement sous le contrôle des professionnels ou se psychiatrise à outrance (White *et al.*, 1993). Cette conception sociologique de la notion de communauté est surtout préconisée par les regroupements d'organismes communautaires:

«Pour les planificateurs, les administrateurs et un certain nombre d'intervenants, les termes communautaire et communauté constituent surtout une référence instrumentale. La communautarisation représente un moyen pour arriver à des objectifs, une façon d'organiser les services pour soutenir la réadaptation psychosociale et pour favoriser la réinsertion. Dans l'esprit de la politique de santé mentale, l'accent mis sur l'implication des groupes communautaires est une façon de briser le monopole du secteur public dans la planification et l'organisation des services et d'introduire une certaine diversité dans l'offre de services (Mercier et White, 1995).»

Les services intégrés sont coordonnés par un organisme qui répond d'une façon holistique aux besoins d'une clientèle d'un territoire ou ils sont donnés par un ensemble d'acteurs organisationnels devant arrimer leurs activités de santé mentale. Un de ces distributeurs peut jouer un rôle central dans la coordination des services d'un réseau. C'est notamment le cas en Grande-Bretagne où l'hôpital, l'équipe psychiatrique, est une figure pivot de l'offre des services entre les acteurs

organisationnels (Tessier, 1992; Corin *et al.*, 1986). Aux États-Unis et en Italie, les services sont coordonnés par un distributeur unique: les centres communautaires de santé mentale («community mental health centers») pour ce premier, et les centres de santé, pour ce deuxième. Soulignons cependant la diversité des modèles d'organisation des services de santé mentale dans ces pays, surtout dans le cas des États-Unis. L'intégration des services au Québec correspond au modèle à plusieurs distributeurs devant arrimer leurs activités. Depuis la PSM, les CHSCD via leurs départements de psychiatrie, les hôpitaux psychiatriques (CHSY), les CLSC, les organismes communautaires, les centres d'hébergement et de réadaptation, les ressources intermédiaires, les CPEJ, les DSP et l'intersectoriel¹ sont en effet mobilisés pour planifier et coordonner leurs services de santé mentale.

La littérature sur ce modèle a tendance à davantage prôner l'efficacité d'un système de dispensation de services centralisé autour d'un acteur organisationnel qu'une structuration de l'organisation des services à plusieurs distributeurs (Provan et Milward, 1994 et 1995; Provan *et al.*, 1996; Shore et Cohen, 1990; Dill et Rochefort, 1989). Ce constat de l'efficacité d'un tel modèle est établi en raison du coût en temps et en ressources souvent associé à l'arrimage des services entre dispensateurs autonomes, surtout dans un domaine tel que la santé mentale où il n'existe pas de consensus sur l'idéologie d'intervention et où les acteurs organisationnels ont des pouvoirs fort divergents. Un tel système appert aussi davantage complexe, puisque les usagers sont plus contraints à magasiner leurs services. Cette situation les oblige à bien connaître le réseau. Les organisations tendent également à vouloir préserver leur autonomie, ce qui rend ardu l'intégration des services. L'intégration des services par une instance centralisée n'est pas pour autant sans désavantage. Un tel système incite à la hiérarchisation et à la bureaucratisation, donc à l'inflexibilité et à la perte de créativité dans l'offre des services. Ceci peut contribuer à diminuer l'accessibilité et la diversité des services (White *et al.*, 1993). Un tel système apparaît aussi plus sensible aux changements de l'environnement socio-économique, puisque l'ensemble est affecté par des modifications du contexte et non qu'une partie du réseau (Simon, 1962, dans Provan et Milward, 1995).

La conversion des systèmes est aussi un processus complexe dont les coûts sont importants. Certaines barrières structurelles peuvent également rendre tout processus de conversion pour le moins difficile. Au Québec, les services de santé mentale doivent ainsi être offerts par différents distributeurs intégrant leurs actions. Dans un tel modèle, la coordination des services à la clientèle est fortement circonscrite par la structuration du pouvoir entre les acteurs. Comme dans bien

¹L'intersectoriel rassemble des acteurs des municipalités, des commissions scolaires, des syndicats et de la justice. Des groupes connexes à la santé mentale peuvent aussi être intégrés à ce tiers tels que des ressources s'occupant de problèmes d'itinérance, de violence faite à l'endroit des femmes, etc.

d'autres pays, les hôpitaux psychiatriques (CHSPY) et les départements de psychiatrie des CHSCD ont une position centrale dans le réseau, possédant la majorité des budgets alloués à la santé mentale. Au Québec, l'intégration des services est toutefois orchestrée par des régies régionales qui jouent un rôle majeur dans l'organisation et la coordination des services de santé mentale. L'impact négatif associé à l'arrimage des services entre différents acteurs organisationnels s'avère ainsi réduit. D'une région à l'autre, les modes d'animation et les modalités de coordination interorganisationnelle diffèrent néanmoins sensiblement. Après la présentation du modèle de l'intégration, la section suivante cerne les sources d'information de la recherche et les mesures d'implantation du modèle.

5.2. Méthodologie

Pour étudier le degré d'intégration des services de santé mentale au Québec, une enquête descriptive a été effectuée dans les régions sociosanitaires, à l'exception des territoires du Nord du Québec, du Nunavik et de la Baie-James. Une analyse parallèle entre les différents territoires régionaux a ensuite été réalisée, enfin de les comparer quant à l'implantation du modèle de l'intégration. L'objectif était de brosser un portrait provisoire des tactiques régionales de mise en oeuvre du modèle.¹ Les principales sources de données utilisées pour la construction des cas sont des documents élaborés par les régies régionales (PROS.SM, plans de transformation, données financières, bilans de planification, documents internes divers) et par le ministère (*PSM*, Bilan d'implantation de la *PSM*, Orientations, rapport du Vérificateur général, etc.) et des entrevues (n=17). Cet article s'appuie également sur un relevé de littérature important concernant le système de santé mentale au Québec et en pays étrangers et le mouvement communautaire. Par ailleurs, nous avons parallèlement procédé à une recherche substantielle en Montérégie, afin de mesurer la mise en oeuvre et les effets du PROS.SM (n= 143 entretiens). L'étude, réalisée dans cette région sociosanitaire, balise la compréhension des données des autres territoires.

Particulièrement, le coordonnateur du programme de santé mentale des régies régionales (n=14), le responsable du volet de l'évaluation pour ce programme pour deux territoires régionaux et le

¹D'une part, la transition en cours dans le système, le terrain limité de cette recherche et l'iniquité des configurations régionales jouant sur la mise en oeuvre du modèle, qui n'est que prise partiellement en compte (ressources, étendue et spécificité géographique du territoire, complexité des réseaux, nouveauté de l'espace régional, etc.), circonscrivent l'étude. Par exemple, deux régions ont récemment déposé des projets de réseaux régionaux fort intéressants, mais qui lors de notre terrain n'étaient pas en implantation (la Côte-Nord et l'Abitibi-Témiscamingue). Une autre région a dernièrement terminé sa planification régionale (PROS.SM): la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine. Trois régions sont en processus d'évaluation de leur PROS.SM: le Saguenay-Lac-St-Jean, Laval et la Montérégie. D'autre part, certaines mesures sont moins étayées que d'autres. Ainsi en est-il particulièrement de l'ambiguïté des rôles et de la flexibilité des ressources (mesures de l'intensité de l'intégration), de l'équité intrarégionale (mesure de la décentralisation des services), de certaines mesures financières telles que le pourcentage du financement alloué à la communauté versus à l'hospitalisation (adéquation des rôles) et de la qualité des services. Malgré ces mises en garde, cet article permet de tracer un premier portrait de l'introduction de ce modèle au Québec.

coordonnateur du RRASMQ¹ ont été rencontrés. Les entretiens étaient semi-dirigés d'une durée moyenne de deux heures. Quelques questions comportaient une échelle de mesures à trois niveaux (F= faible, M= moyen, B= bien). Le terrain de l'étude s'est divisé en deux collectes de données: une première en octobre 1996 (Montréal-Centre, l'Outaouais et l'Estrie) et une deuxième en janvier et février 1997 (les autres régions sociosanitaires). Pour notre recherche en Montérégie, nous avons rejoint les groupes communautaires (n=29), les établissements (n=31), l'intersectoriel (n=8), les gestionnaires de la régie régionale (n=18) et les usagers et leurs proches (n=57). Le terrain de cette étude s'est effectué du printemps 1995 à l'hiver 1996 pour les distributeurs de services du réseau et en juin 1997 pour les usagers et leurs proches.

Les entretiens, après leur transcription², et les sources d'information documentaires ont été codifiés selon trois dimensions, environnement socio-économique, dynamique propre à la santé mentale et planification régionale (PROS.SM), décomposées en plusieurs variables. Par exemple, l'outil PROS.SM comprend: 1. système de gestion et de financement par programmes et par objectifs/résultats (a. formalisation de la planification et de la gestion par objectifs et résultats, b. gestion par programmes et c. financement par programmes), 2. système d'évaluation (a. consultation périodique par le niveau régional des différents partenaires à des fins de dépistage des problèmes de mise en oeuvre du PROS.SM, b. vérification par le niveau régional de l'utilisation appropriée des sommes allouées, c. développement de systèmes d'information et d'indicateurs de mise en oeuvre) et 3. démocratisation et décentralisation (a. degré de participation aux décisions du PROS.SM et au contrôle de sa mise en oeuvre, b. degré de diffusion de l'information, c. degré d'autonomie des sous-régions à la gestion du PROS.SM). Les PROS.SM sont aussi examinés selon des variables propres à des effets de coordination latérale, d'ajustement des services aux besoins et de qualité des services.³

Trois perspectives d'analyse ont encadré la recherche. D'abord, nous avons procédé à une analyse synchronique, qui vise à cerner actuellement ce que sont les PROS.SM comme outils de gestion, les configurations de l'organisation de la distribution des services de santé mentale et l'influence du contexte socio-économique sur la mise oeuvre de cette réforme. L'analyse diachronique cherche à comprendre ce qu'étaient les PROS.SM au début de leur période de mise en oeuvre, l'influence du contexte sur leur implantation et les structurations de services avant 1989. L'analyse parallèle tend

¹L'entrevue avec le responsable du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) a été menée afin de mieux comprendre la dynamique du mouvement communautaire. D'après le responsable du RRASMQ, ce dernier rejoint environ le tiers des organismes communautaires exerçant en santé mentale au Québec. La majorité de ses membres proviennent de la région de Montréal-Centre et de la Montérégie.

²Plus de 1000 pages de transcription de données à interligne simple ont été rédigées, dont environ le 1/4 concernant les régions sociosanitaires autres que la Montérégie.

³Pour plus d'information concernant le modèle d'évaluation des PROS.SM, il est suggéré de faire référence au chapitre 1 de la thèse, spécifiquement à la section 1.2.2 (Modèle d'analyse des composantes de mise en oeuvre des PROS.SM).

à généraliser les résultats obtenus par l'analyse synchronique et diachronique aux différents territoires sociosanitaires. Concrètement, il s'agit, au moyen d'une analyse transversale ou comparée de l'ensemble des cas, de vérifier s'il y a réplique d'une région sociosanitaire à une autre des «patterns» de relations observées (Denis *et al.*, 1994). Avant de faire l'objet de cet article, l'information a été synthétisée dans un texte de plus de 300 pages, dont le tiers sur les configurations des planifications régionales autres que la Montérégie.¹

5.2.1. Mesures d'analyse de l'intégration des réseaux de santé mentale

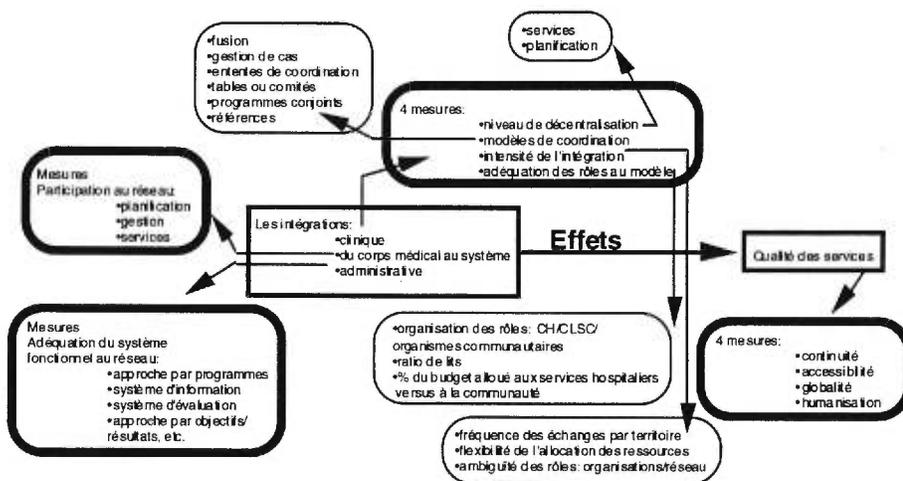
Pour évaluer l'implantation du modèle de l'intégration dans les territoires régionaux, des mesures ont été développées pour les trois types d'intégration (voir la figure 2) et pour rendre compte des perceptions quant à l'évolution de la qualité des services depuis l'introduction des PROS.SM. L'analyse des données des intégrations administrative et du corps médical au système démontre une similitude des résultats dans les différentes régions sociosanitaires. Les résultats pour ces formes d'intégration sont ainsi présentés d'une façon générale pour l'ensemble du Québec: l'intégration administrative est traitée à la section 5; l'intégration du corps médical au système, dans le sous-chapitre des déterminants du modèle et en conclusion (sections 3 et 6). L'intégration administrative tient compte des difficultés du système fonctionnel qui limitent l'implantation du modèle, spécifiquement de l'approche par programmes et par objectifs/résultats et des systèmes d'information et d'évaluation. L'intégration du corps médical au système est mesurée par la participation des médecins à la planification, à la gestion et à la dispensation des services du réseau. Pour cerner l'intégration clinique dans les régions sociosanitaires (section 4), Provan et Milward (1995) identifient deux mesures: la coordination et l'intensité de l'intégration. Notre recherche ayant mis en perspective l'importance de l'adéquation des rôles des différents dispensateurs au modèle et du niveau de décentralisation du système, ces variables sont aussi prises en compte comme mesures de l'intégration des réseaux régionaux.

Pour l'intégration clinique, la mesure du niveau de décentralisation est relevée en raison de son importance dans l'actualisation du modèle (Conrad, 1993). En effet, l'insertion de la coordination des services dans un réseau local (notamment dans les MRC ou les sous-régions) encouragerait la continuité des services et une meilleure incorporation du patient dans sa communauté d'accueil. La littérature sur la régionalisation reconnaît aussi des avantages importants à la décentralisation (Bozzini et Bourgault, 1992; Lesemann, 1989; Turgeon, 1989, 1993; Begin, 1989; Hérichon, 1983).

¹Pour plus d'information concernant la méthodologie, particulièrement en ce qui a trait au traitement des données, faire référence au chapitre 1.3 de la thèse - cadre méthodologique - , spécifiquement à la section 1.3.1 - planification opérationnelle de la recherche - et aux différents annexes de la thèse (guides d'entrevues, gestion des données, exemples de verbatim et arrimage des variables opérationnelles des modèles de la thèse)

La décentralisation implique notamment une meilleure prise en compte du local: tout en rencontrant les objectifs généraux de la réforme, la gestion décentralisée se moule mieux aux réalités locales (adéquation maximale aux besoins) et elle permet une meilleure intégration des dynamiques locales. Elle facilite aussi la transparence du système et son imputabilité, puisque les acteurs se retrouvent plus proches des décideurs-gestionnaires. La décentralisation, si elle concorde avec des objectifs de démocratisation, incite également à l'adhésion des acteurs aux vues du système. Elle semble par ailleurs soutenir l'évolution du système: les acteurs qui se concertent dans un réseau succinct ne peuvent pas autant fuir les impératifs de changements qu'impose le système, la visibilité de chacun portant à jour sa crédibilité. Ces différents éléments poussent à juger les systèmes décentralisés comme plus efficaces et pertinents que les systèmes centralisés pour desservir la clientèle ayant des problèmes de santé mentale. Les principaux avantages retrouvés dans la littérature concernant la centralisation sont de permettre des économies d'échelle, la standardisation, l'implantation d'une meilleure équité nationale, de normes de gestion et de contrôle qui diminuent les cas de corruption et d'irrégularité administratives et d'encourager la complémentarité des initiatives au plan régional. Un bon dosage de décentralisation permet de récupérer les avantages associés à la centralisation dans une politique de régionalisation.

Figure 2: Mesures de l'intégration d'un réseau à plusieurs acteurs organisationnels



Deux modes de décentralisation sont recensés comme une des mesures de l'intégration clinique: des services et de la planification. Comme au Québec, les services de santé mentale sont régionalisés depuis la mise en oeuvre des PROS.SM, bien que le processus ait été enclenché plus d'une décennie plus tôt, l'analyse du niveau de décentralisation tient compte de l'importance de l'offre des services effectuée directement dans des espaces locaux accessibles à la clientèle. Ces

espaces locaux au niveau régional se composent de MRC ou de regroupements de MRC: les sous-régions. Il s'agit ici d'identifier le degré de décentralisation de la dispensation des services qui est réalisé à partir de ces localités géographiques. Comme mesure de la décentralisation des services, l'indicateur de l'équité sous-régionale a été retenu. Le degré de décentralisation des services est soit peu important, soit moyennement important, soit fortement important.

La décentralisation de la planification implique une démarche fondée sur un dosage variable de logiques technocratique, politique ou de concertation (Denis *et al.*, 1996). Cette première logique s'approche des modes classiques de planification retrouvés dans les manuels de gestion des entreprises.¹ Comme son nom l'indique, elle tend à s'appuyer sur des connaissances rationnelles, faisant plus appel aux informations quantitatives. Cette logique privilégie une décentralisation moins accrue du processus organisationnel en sous-région au profit des gestionnaires-technocrates des régions. La planification devrait être plus décentralisée vers les sous-régions lorsqu'elle adopte une approche de concertation. Cette forme de planification se base aussi davantage sur l'intersubjectivité des positions prises par les différents acteurs d'un domaine d'intervention.² L'information qualitative tend ainsi à plus supporter cette démarche. La logique politique mobilise tout autant les outils des deux premières. Elle est mi-fondée sur un savoir technocratique, mi-fondée sur un savoir empirique de type plus incrémentiel. Elle est articulée par les gestionnaires des régions et elle fait appel aux acteurs sous-régionaux principaux des groupes organisationnels (établissements, groupes communautaires et intersectoriel). Elle s'inscrit aussi dans un découpage de zones locales de planification de services et elle répond aux intérêts régionaux et nationaux. Par l'analyse des initiatives mises en place dans les territoires sociosanitaires, il s'agit ici d'identifier les logiques de planification dominantes dans les réseaux régionaux de santé mentale.

Plusieurs modèles de coordination de services sont retrouvés dans la littérature. Provan et Milward (1995) en décrivent ainsi cinq formes: «1) referrals sent, 2) referrals received, 3) cases coordinations, 4) joint programs et 5) services contract»; les références dont il est question doivent s'effectuer avec une certaine régularité. Notre terrain ayant mis en relief d'autres formes de coordination, nous proposons un modèle de coordination de services s'appuyant plutôt sur les catégories suivantes: 1) les fusions, 2) la gestion de cas («cases coordinations»), 3) les ententes de coordination, 4) les tables ou les comités, 5) les programmes conjoints («joint programs») et 6) les références («referrals sent et referrals received»). Chacune de ces catégories est constituée d'un ensemble de modes de coordination (voir le tableau 2 de la section 4). Ce modèle s'inspire donc de la nomenclature de Provan et Milward (1995), à l'exception de la pratique contractuelle. Au Québec,

¹ Elle concorde grosso modo avec la décentralisation administrative (Turgeon, 1989).

² Elle correspond grosso modo à la planification émergente (Mintzberg, 1978, 1994).

pour les services de santé mentale, la pratique contractuelle demeure surtout courante en matière d'hébergement; elle vise surtout les ressources intermédiaires. Ces dernières sont généralement supervisées par les CH. Notre recherche n'a que peu traité de ces ressources.

L'intensité relève du degré d'intégration entre les différentes activités organisationnelles d'un réseau de santé mentale. Elle est mesurée par la fréquence des échanges interorganisationnels, la flexibilité de l'allocation des ressources entre les organisations et l'ambiguïté des rôles (Denis, 1994; Cook, 1977; Gray, 1985). La flexibilité de l'allocation des ressources témoigne de la facilité avec laquelle les organisations peuvent coopter des ressources d'autres organisations afin que le réseau desserve mieux les usagers (indicateurs de circulation de ressources) et la capacité de la régie régionale de réallouer les ressources en fonction des changements dans les priorités d'intervention du réseau. D'après Cook (1977), la collaboration interorganisationnelle entraînerait, à long terme, un rééquilibrage des forces à l'intérieur d'un réseau. L'ambiguïté des rôles est décrite comme la difficulté pour les acteurs à réconcilier les demandes provenant de leurs organisations et celles émanant du réseau. Dans un système intégré, des visions conciliables pour le domaine d'intervention et des solutions compatibles pour résoudre les problèmes d'organisation et de distribution de services devraient se développer (Gray, 1985). La flexibilité de l'allocation des ressources et l'ambiguïté des rôles ont comme objectifs de mesurer l'appartenance organisationnelle versus l'appartenance au réseau: par l'analyse des perceptions (symbolique de l'appartenance: mesure de l'ambiguïté des rôles) et par l'analyse de la circulation des ressources (construction matérielle du réseau: mesure de la flexibilité des ressources). Ces dimensions sont considérées selon une échelle à trois niveaux: faiblement, moyennement ou bien inscrits dans les perceptions ou dans les usages du réseau.

La fréquence des échanges est relative aux relations instituées entre les acteurs organisationnels. Elle est l'une des conditions essentielles de l'amélioration de la collaboration interorganisationnelle (Gray, 1985). Nous assumons que plus il existe de modèles de coordination dans un réseau à plusieurs acteurs organisationnels et plus les services ont de potentialité d'être coordonnés et continus. L'augmentation de la fréquence des échanges a néanmoins comme contre effet de venir accroître les risques de conflits interorganisationnels (Davis et Lawrence, 1977; Posner, 1986). Cette dernière notion fait référence au degré de désaccord entre les intervenants ou les organisations à identifier des objectifs à poursuivre, des moyens pour y parvenir et des conditions de collaboration.

L'adéquation des rôles des distributeurs au modèle de l'intégration fait référence à la rencontre, par l'organisation du système, des orientations et des objectifs des réformes en santé mentale. Ces dernières sont surtout tracées par la *PSM* au niveau provincial et par les *PROS.SM* et les plans de

transformation pour le volet de la santé mentale sur le plan régional. Ces documents jouent significativement sur les rôles des différents distributeurs de services. En fait, l'intégration d'un réseau, sous l'angle de cette composante, invite chaque acteur organisationnel à s'impliquer dans l'offre des soins et des services de la façon la plus efficiente pour le réseau. Dans le modèle, les indicateurs pour cette variable sont relatifs: aux changements de rôle des CH (des départements de psychiatrie des CHSCD et des CHPSY), des organismes communautaires et des CLSC, à la rencontre de la norme provinciale quant au ratio de lits par régions (.3 lits par 1 000¹) et à une certaine communautarisation de l'offre des services de santé mentale.

En santé mentale, un consensus semble présentement s'établir à l'effet d'investir 60% du budget de la santé mentale dans les services à la communauté et 40% dans les services d'hospitalisation (MSSS, 1996). Dans le contexte présent, comme ce pourcentage est un idéal à atteindre, l'évaluation s'effectue plutôt à partir de la norme inverse: un minimum de 40% du budget de santé mentale alloués dans les services à la communauté et de 60% octroyés dans les services hospitaliers.² Les régions qui ont sensiblement consolidé leurs CLSC et leurs ressources communautaires sont jugées comme conformes au modèle de l'intégration. La norme d'un minimum de 10% du budget de la santé mentale accordés à ces dernières est retenue.³ Pour les CLSC, la consolidation d'un nombre substantiel de ces organisations pour leurs services de santé mentale dans une région sociosanitaire; les allocations doivent être par ailleurs significatives.⁴

Enfin, le modèle tend à évaluer la perception de l'évolution de la qualité des services depuis l'exercice de planification régionale en santé mentale (PROS.SM). Beaucoup d'auteurs ont conclu que l'introduction du modèle répondrait plus adéquatement aux besoins de la clientèle (Conrad, 1993; Gilles, 1993; Ross, 1979; Bolland et Wilson, 1994; Shore et Cohen, 1990). L'évaluation de la qualité des services tient compte de la globalité, de la continuité, de l'accessibilité et de l'humanisation des services (Donabedian, 1973). La globalité des services relève de l'étendue de la gamme des services offerts pour satisfaire les besoins d'un bénéficiaire. La continuité des services s'oppose à la fragmentation des services et elle s'exprime par la qualité de la relation entre le bénéficiaire et les services de santé durant la maladie. L'accessibilité des services (géographique,

¹La norme est plus précisément de .3 lits psychiatriques de courte durée et de .2 lits de soins prolongés psychiatriques par 1000 habitants (Voitchovska, 1989). Cette norme serait celle la plus considérée en région. Compte tenu du nombre actuel de lits, l'objectif visé par le MSSS (1996, p. 20) serait plutôt de 0,4 lits par 1 000 personnes, soit 0,25 par 1 000 personnes en courte durée et de 0,15 par 1 000 personnes en longue durée, en l'an 2002. En fait, notons une certaine confusion quant à la norme à respecter pour le ratio de lits. Au 31 mars 1995, 1,0/1000 individus dans la population séjournaient dans un lit hospitalier, de courte ou de longue durée psychiatrique (MSSS, 1996). La diminution du parc de lits, en tenant compte du dernier ratio (1996), générerait une somme évaluée à 165 millions de dollars, dont environ 70% devraient servir au développement de nouveaux services dans la communauté (MSSS, 1996).

²Cette norme a été fixée d'une façon empirique, car venant tracer une frontière entre certaines régions.

³Ibid. Par ailleurs, cette norme est retenue dans *Le bilan d'implantation de la Politique de santé mentale* (MSSS, 1997).

⁴Pour les CLSC, nous n'avons pas précisé le pourcentage du financement du budget de la santé mentale qui devait leur être alloué. La consolidation des services de santé mentale dans les CLSC est un processus en émergence. Les régions qui se démarquent des autres par le renforcement des services de ces établissements sont ici considérées.

socio-organisationnelle ou psychosociale) s'exprime par l'écart entre une source de soins et le bénéficiaire et recherche la diminution de cet écart. L'humanisation des services fait référence aux aspects intangibles de la distribution des soins et des services et à la capacité des intervenants de s'ajuster aux demandes du client lors de ce processus. L'appréciation de l'évolution de la qualité des services est traitée d'une façon globale au niveau régional par une échelle à trois niveaux: faible, moyenne ou bonne évaluation de la qualité des services. Sur le plan national, une distinction est toutefois élaborée entre ces composantes de la qualité des services. Après avoir cerné les cadres théoriques et méthodologiques du modèle, la section suivante examine sa mise en contexte et ses déterminants d'implantation.

5.3. Contexte et déterminants de l'implantation du modèle de l'intégration des services de santé mentale au Québec

La *PSM* est interprétée comme mettant particulièrement de l'avant le modèle de l'intégration, puisqu'elle institutionnalise la notion de santé mentale (conception biopsychosociale) et accentue la communautarisation des services et la régionalisation de la planification et de la gestion de ce système. Les acteurs régionaux du secteur de la santé mentale sont ainsi appelés à structurer leur organisation de services en fonction d'une gamme continue d'activités. Cette dernière comprend: l'information, la promotion/prévention, les services de base, le traitement spécialisé, le support aux familles et la réadaptation/réintégration sociales (*PSM*, 1989). La *PSM* prône aussi: 1) d'assurer la primauté de la personne, 2) d'accroître la qualité des services, 3) de favoriser l'équité, 4) de rechercher des solutions dans le milieu de vie et 5) de consolider le partenariat (*PSM*, 1989). Ces orientations sont présentées pour résoudre les principaux problèmes diagnostiqués de la structuration de l'organisation des services de santé mentale: 1) l'absence de consensus sur la notion de santé mentale, 2) des interventions mal adaptées aux besoins des personnes, 3) une préoccupation insuffisante pour le milieu de vie des personnes, 3) des lacunes quant à la qualité des services, 4) la répartition inéquitable des ressources, 5) un équilibre difficile à atteindre entre le recours au modèle institutionnel et l'intégration au milieu de vie naturel et 6) le fonctionnement cloisonné des structures (*PSM*, 1989).

La *PSM* commande la mise en oeuvre des PROS.SM pour implanter cette orientation de services, lesquels doivent aussi tenir compte des particularités locales. Les PROS.SM sont ainsi perçus comme des exercices de planification de l'implantation du modèle de l'intégration en région, qui monopolisent l'ensemble des acteurs d'un réseau afin de les associer au nouveau projet d'organisation de ces services. Les objectifs d'organisation d'une région à l'autre sont presque les mêmes, calqués sur la *PSM*. Les modalités de l'opérationnalisation de ces objectifs diffèrent

néanmoins significativement d'une région sociosanitaire à l'autre. C'est du moins ce que démontre cette recherche. Toutes les régions sociosanitaires sont toutefois priées d'implanter des comités tripartites régionaux (CTR.SM)¹ pour élaborer un projet commun d'organisation de services et en coordonner les parties. L'exercice PROS.SM permet ainsi de mettre en relief les écarts de l'organisation de services à combler pour actualiser les orientations de la *PSM*. Les PROS.SM sont des outils de changements substantiels, dans le sens qu'ils supportent une orientation de services sensiblement différente. La gamme de services à combler est importante d'une région à l'autre. Ainsi pour implanter les objectifs de la *PSM*, les PROS.SM revendiquent tous en moyenne autour de 10 millions de dollars de fonds de développement. Certaines régions, plus de cinq à quinze fois ce montant, les plus pauvres telles que la Montérégie, mais aussi parfois les plus riches telles que Montréal. La planification régionale est systémique et formalisée, élaborée sur cinq à dix années selon les régions. Elle est encadrée par des balises ministérielles (PROS.SM, Document d'appui à la planification²), fortement imprégnées des étapes de planification identifiées par Pineault et Daveluy (1986, 1995, p. 59):

«planification normative et stratégique (identification des problèmes, établissement des priorités et fixation des buts), planification tactique ou structurelle (fixation des objectifs généraux et spécifiques, détermination des actions pour atteindre les objectifs et prévision des ressources requises) et planification opérationnelle (fixation des objectifs opérationnels, mise en oeuvre du programme et évaluation)».

La mise en oeuvre des PROS.SM et du modèle de l'intégration des services au niveau régional est néanmoins contrecarrée par la situation économique des années qui suivent l'élaboration des documents. L'implantation de la *PSM* était accompagnée de fonds de développement de 35 millions de dollars et de promesses de réallocations régionales qui n'ont pas vraiment été soutenues en raison de contraintes structurelles. La planification conçue en fonction de budgets de développement ou de réallocation substantiels est donc questionnée. Le contexte socio-économique en mouvance remet aussi en cause les étapes de la planification. L'élaboration des PROS.SM a été un exercice de longue haleine; pour la plupart, le processus s'est étalé sur deux années. La mobilisation soutenue des acteurs et la rencontre mitigée des objectifs de planification ont démotivé plus d'un acteur. Les plans de transformation des réseaux régionaux pour le volet de la santé mentale donnent un nouveau souffle à l'élan d'implantation du modèle de l'intégration des services. L'un de leurs objectifs est d'adapter les PROS.SM au contexte socio-économique actuel, qui est marqué par d'importantes compressions budgétaires affectant directement le système sociosanitaire (1,4 milliard \$ pour la période 1995-1998). Pour une majorité de région, les budgets

¹ Les comités tripartites régionaux rassemblent, en nombre égal, des acteurs des CH, des organismes communautaires et de l'intersectoriel (éducation, municipalité, système judiciaire...).

² Ce document identifie notamment les séquences de planification à poursuivre selon la gamme de services (l'objectif général, les objectifs spécifiques et les actions à poser pour chaque volet de la gamme de services de santé mentale) (Voïtchovska, 1989).

de santé mentale ne sont pas néanmoins affectés directement par les contraintes économiques en raison de l'équité interprogramme. L'objectif d'actualisation de la gamme de services dans un tel contexte économique pousse cependant à la révision des rôles des différents acteurs dans la distribution des services, car des réallocations s'imposent. Paradoxalement, le contexte économique semble ainsi jouer positivement sur l'efficacité du système de santé mentale, puisqu'il permet une meilleure adéquation des rôles organisationnels aux impératifs d'efficacité. Provan et Milward (1995) répertorient deux impacts de cette situation sur l'intégration des services. D'une part, la pauvreté d'un système constitue un incitatif central à l'arrimage des services: les acteurs organisationnels étant tous confrontés aux compressions sont plus contraints à l'interdépendance. D'autre part, la disponibilité des ressources d'un système balise son efficacité:

«When a network is embedded in a resource-scarce environment, network effectiveness will range from low to moderate, depending on other network/system characteristics. When a network is embedded in a resource-rich environment, network effectiveness will range from low to high, depending on other network/system characteristics (Provan et Milward, 1995, p. 27).»

Un contexte de contraintes économiques favorise ainsi l'implantation d'un système intégré et l'efficacité d'un réseau, puisqu'il pousse à une révision des rôles organisationnels et à l'interdépendance des acteurs. Néanmoins, la disponibilité des ressources encadre l'efficacité d'un système: un réseau intégré qui ne possède pas de ressources suffisantes est tout de même évalué d'efficacité limitée («from low to moderate»). Par ailleurs, le contexte de compressions financières n'affecte pas les régions sociosanitaires de la même façon, puisque la disparité de la richesse relative de ces dernières en santé mentale est importante: «la répartition per capita des dépenses de santé mentale entre les régions pour l'année 1994-1995, varie entre 39 \$ et 204 \$ (MSSS, 1996)».¹ Trois territoires sociosanitaires sont en matière de richesses relatives significativement démunis: la Montérégie (1), les Laurentides (2) et l'Estrie (3). Malgré que Laval soit la région la plus pauvre en santé mentale, la proximité du réseau montréalais avantage sa population. Cette situation complexifie toutefois l'administration d'une telle région. Au contraire, deux régions sociosanitaires sont avantagées par leur situation économique: Québec et Montréal dont la richesse est grosso modo le double de celle de la médiane des autres régions. Ces territoires devraient ainsi être en mesure de restructurer davantage leur réseau que les autres régions sociosanitaires. Dans les faits, cette situation est plutôt défavorable à l'arrimage et à la diversification de leurs services de santé mentale. Ces deux régions sont aussi particulières, puisqu'elles possèdent le ratio de lits psychiatriques le plus important. Ainsi, il semble que la concentration de richesse hospitalière,

¹ Notons que la prévalence de certains problèmes de santé mentale dans les centres urbains et l'attraction des centres hospitaliers psychiatriques par la clientèle atteinte de problèmes graves et persistants peuvent expliquer en partie l'écart, mais pas entièrement (MSSS, 1996).

singulièrement d'un bassin de lits, joue à l'encontre de l'implantation du modèle de l'intégration des services de santé mentale.

Les plans de transformation sont aussi marqués par une accentuation du processus de régionalisation. *La Loi 120* renforce les pouvoirs des instances régionales à restructurer leur réseau sociosanitaire. Au milieu des années 1990, les régies ont aussi amélioré leur expertise en matière de planification et de gestion des services sociosanitaires. Les PROS.SM ont été des exercices d'apprentissage fort intéressants de ces processus pour ce programme, mais aussi pour les autres programmes sociosanitaires. C'est du moins ce que semblent démontrer les plus récentes planifications.¹ Pour modifier les réseaux de santé mentale, des réallocations sont ainsi prévues dans les plans de transformation. Les compressions, qui visent à implanter la gamme de services, affectent surtout les CHSCD et les CHPSY pour les régions qui en sont pourvues (moins de la moitié des régions en possède). L'exercice PROS.SM avait mis en relief la concentration des ressources en milieu hospitalier. En période de contrainte financière, se pose alors la question des modalités de transfert de ressources pour implanter la gamme de services et le modèle de l'intégration. La PSM ayant pris le parti d'intégrer plus d'un acteur organisationnel au réseau de dispensation, une certaine répartition des ressources et des fonctions dans la distribution des services devait s'effectuer. Une organisation de l'offre de services monolithique sous le contrôle hospitalier aurait tendance à marginaliser les volets psychosociaux de la notion de santé mentale (White *et al.*, 1994). Notons que le coût de la dépsychiatisation de la clientèle soutenue par d'autres services appropriés demeure encore controversé (Bozzini, 1986; Pritchard et Cunliffe, 1983).² La modification de la répartition du budget de santé mentale n'est pas un processus simple, car elle s'expose à de multiples contraintes structurelles telles que les conventions collectives, les missions d'organisation et les pratiques professionnelles. Pour ce faire, trois tactiques sont particulièrement préconisées par les régies régionales: des compressions financières aux CH pour réallouer les ressources du traitement spécialisé à d'autres volets de la gamme, le transfert de ressources en personnel ou des restructurations fonctionnelles de rôles.

Certaines dynamiques, philosophies de pratique et structuration de services déterminent également le développement du modèle de l'intégration. La décentralisation des services dans des espaces locaux (MRC ou sous-région) est notamment influencée par l'étendue du territoire de la région (la concentration d'un territoire jouant en défaveur de la décentralisation) et la présence d'un bassin substantiel de distributeurs variés de services en santé mentale par territoires sous-régionaux ou

¹ Nous pouvons par exemple penser en Montérégie au *Plan régional d'organisation des services en déficience intellectuelle* (1995), au *Plan régional d'organisation des services pour les personnes âgées* (1996) et au *Plan régional d'organisation des services pour les personnes présentant une déficience physique* (1995) et en Gaspésie-Iles-De-La-Madeleine au document *La Transformation des services de santé mentale: Orientations jusqu'en 2002* (1996).

² Pour le MSSS, les coûts sont jugés comparables ou légèrement inférieurs à l'hospitalisation (MSSS, 1996).

par MRC (ici la consolidation des CLSC semble pousser à la décentralisation). La complexité du réseau, la multitude d'acteurs, l'ampleur des problèmes et un parti-pris de la direction de la région et du responsable du programme de santé mentale ont aussi été rapportés comme caractéristiques décidant d'une orientation. Ces facteurs peuvent néanmoins jouer en faveur de la décentralisation ou de la centralisation selon les régions sociosanitaires. Les acteurs sous-régionaux peuvent aussi encourager l'instance régionale à verser dans une perspective plutôt que dans une autre. Dans beaucoup de régions, les acteurs locaux se mobilisent pour participer à la planification des services, bien que les régions régionales soient toujours les instances tenues imputables pour l'articulation des réseaux. La mobilisation des acteurs sous-régionaux questionne leurs rôles dans le processus de planification et de gestion du système régional et leur capacité de prendre de telles responsabilités.

Les relations interorganisationnelles à l'intérieur du réseau demeurent aussi difficiles. Habitués d'être presque les seuls à oeuvrer dans ce secteur, les CH n'ont pas toujours vu d'un bon oeil l'introduction des intervenants des CLSC à cette pratique. Manquant d'expérience, de ressources et peu encadrés par les effectifs hospitaliers, les CLSC ont aussi tardé à s'impliquer dans le processus. Ces deux organisations ne partagent pas aussi nécessairement la même vision de la dispensation des soins et des services en ce domaine. Par exemple, les CH reprochent souvent aux CLSC de ne pas considérer suffisamment le côté biomédical de la notion de santé mentale. Les services dans les CH sont critiqués de supporter une vision trop hospitalocentrique du traitement de la santé mentale par plus d'un intervenant de CLSC ou d'organismes communautaires. Les organismes communautaires se retrouvent souvent perçus, quant à eux, comme des ressources à prendre en compte en raison de leur coût de fonctionnement: déversoir économique du réseau public. Ils se retrouvent aussi, plus souvent qu'autrement, réduits à des fonctions d'entraide et de support, quoique dans plusieurs régions leurs rôles ont été élargis (voir la section 4.4). L'articulation du réseau communautaire au réseau de dispensation publique de services questionne aussi le statut octroyé à ce premier. Dernier recours quand les services institutionnels ont été épuisés, espace créatif pour la fabrication de nouvelles pratiques, mouvement d'émancipation des exclus sociaux, l'arrimage des ressources communautaires aux établissements interroge ces rôles puisqu'elles sont contraintes davantage à la complémentarité et à la rationalisation de leurs activités, et cela malgré l'article 335 de la *Loi 120*.¹

La réforme s'est également élaborée en grande partie sans la participation du corps médical et psychiatrique. Beaucoup de recherches ont pourtant souligné l'importance de la participation du corps médical à la réussite de la réforme des services de santé mentale (Corin *et al.*, 1986; Bozzini, 1986). Aujourd'hui, les psychiatres sont davantage impliqués dans le processus d'implantation du

¹L'article 335 de la *Loi 120* mentionne qu'un organisme communautaire définit librement ses orientations, ses politiques et ses approches.

modèle de l'intégration des services. D'après plusieurs témoignages, leur participation s'effectue cependant trop souvent sur un mode hiérarchique. La participation des omnipraticiens à l'intégration des services n'a que peu été améliorée. Plus de 50% des actes psychiatriques sont effectués par ces derniers; leur collaboration pour l'actualisation du modèle importe donc. De plus en plus, ils sont cependant intégrés aux équipes de santé mentale implantées dans certains CLSC. Un des problèmes rapportés de la mise en oeuvre de la *PSM*, se répercutant aussi sur le développement du modèle de l'intégration, est le fait que la politique n'est pas venue «ouvrir le dossier des philosophies d'intervention et qu'elle n'a pas ainsi suscité chez les intervenants une remise en question radicale de leurs pratiques et d'eux-mêmes»; la *PSM* aurait également «occulté presque complètement tout le champ institutionnel en ignorant les intervenants (Corin *et al.*, 1990, p. 36)».

D'après notre recherche, les acteurs qui ont le plus contribué à l'introduction du modèle de l'intégration dans les différentes régions sociosanitaires sont les organismes communautaires et les CLSC. L'inscription de ces acteurs dans l'organisation des services de santé mentale renforce l'importance accordée aux dimensions psychosociales du processus de soins. Ces acteurs sont aussi jugés plus proches des communautés. La participation des acteurs du milieu hospitalier a été interprétée comme étant relative à la personnalité des individus. En fait, cette dernière est le critère semblant le plus influencer le degré de collaboration interorganisationnelle, à l'exception des compressions budgétaires qui jouent un rôle central dans la collaboration du milieu hospitalier à l'implantation du modèle de l'intégration. Comme autres déterminants de la collaboration interorganisationnelle, l'animation de l'intégration par la régie, l'importance des procédures d'information sur l'intégration et le nombre de collaborateurs (de trop grands réseaux sont difficiles à arrimer) ont été rapportés comme des facteurs structurants. D'une façon générale, les zones rurales sont vues comme des réseaux plus faciles à intégrer que les zones urbaines. Cette situation relève de la pauvreté de ces premiers territoires en termes de ressources; les acteurs sont ainsi plus interdépendants.¹ Les intervenants sont également perçus comme plus portés à s'impliquer dans un projet d'intégration que les gestionnaires. Plus ces derniers se retrouvent à des positions hiérarchiques importantes, et plus il est difficile de les mobiliser aux impératifs de changements du réseau.² Les sections qui suivent présentent les différents modèles d'intégration retrouvés dans les régions sociosanitaires examinées pour leur programme de santé mentale.

¹Mentionnons, à ce sujet, les résultats de Bolland et Wilson (1994) qui sont en contradiction avec les nôtres: «General lack of resources may inhibit coordination in the rural counties. As suggested earlier, interagency coordination requires more rather than fewer resources to accomplish-particularly in the short term, where startup costs for new, interagency programs can be particularly high. (...) This suggests that greater complexity may create the perceived need for better developed and more closely monitored referral procedures; alternatively, it may suggest that greater specialization leads naturally to greater awareness of and follow-up on referrals (p. 356).»

²Ces constats concordent avec les recherches de White, Mercier et Roy (1993).

5.4. Intégration clinique: repères pour la configuration régionale des services de santé mentale

5.4.1. Décentralisation

Deux modes de décentralisation ont été soulignés: des services et de la planification. La première forme de décentralisation se caractérise par la prise en compte d'espaces locaux pour l'implantation de systèmes intégrés de services (MRC ou sous-régions). Tous les coordonnateurs des régions ont témoigné tenir compte, dans leur processus de planification, de la dimension locale de l'offre des services. Les régies régionales ont ainsi mis en place une procédure financière appréciant l'équité sous-régionale ou par MRC dans la distribution des services. Une majorité de régions auraient actuellement introduit une équité relative de l'offre des services sur leur territoire (voir tableau 1: ligne 1). Tous les territoires entendent poursuivre des efforts en ce sens: certaines régions ont initié des comités pour mieux étudier cette question; d'autres déploient actuellement des mesures pour ce faire.

Pour une majorité de régions, la décentralisation du processus de planification, pour les volets tactique et opérationnel dans plusieurs de leurs composantes, est apparue essentielle lors du processus de mise en oeuvre des PROS.SM, d'autant plus que les régies sont souvent dépourvues de personnels pour implanter leurs planifications. Notamment, seulement un responsable pour le programme de santé mentale est en poste dans la plupart des régies régionales, bien qu'il soit supporté par plusieurs directions. La décentralisation du processus de planification est introduite dans une majorité de régions sociosanitaires (tableau 1: ligne 2). Une région de ce groupe a cependant davantage développé la décentralisation de sa planification en fonction de ses services psychiatriques (Québec). La plupart des régions qui n'ont pas décentralisé ce processus aspirent à le faire d'ici peu. Pour supporter la décentralisation de la planification, la majorité des régions ont développé des tables sous-régionales ou par MRC et/ou des plans locaux d'organisation de services (PLOS), lesquels seront définis plus loin (section 4.2).

Pour cerner le volet de la décentralisation de la planification, trois logiques ont été identifiées (section 2): les logiques technocratique, politique et de concertation. D'après nos données, la logique politique est la plus promue actuellement par les régies régionales et par le ministère. Pour ce dernier, deux aspects orientent la planification via les PROS: «l'aspect technique [analyse des besoins par la recherche documentaire et les enquêtes] et l'aspect démocratique [prise de décisions entre les partenaires du réseau: l'adhésion des acteurs facilitant l'implantation de changements]. Ces deux aspects, l'aspect technique et démocratique, sont considérés indissociables à la

compréhension des PROS (Voïtchovska, 1989, p. 9)». Les régions sociosanitaires supportent aussi une logique politique. Une majorité de territoires sociosanitaires ont une planification décentralisée et tous valorisent une logique démocratique, puisque dans le domaine de la santé mentale, les principales décisions relèvent d'un processus consultatif. Pour l'instance régionale, il s'avère néanmoins tentant de ne recourir qu'à la logique technocratique. Les régions ont surtout emprunté cette orientation lors des premières années de la mise en oeuvre de la gestion régionale, malgré que certains territoires ont eu une orientation décentralisée dès le tournant des années 1980-1990. Le contexte présent, la spécificité du secteur et l'impératif d'implantation de changements donnent davantage à penser que la voie politique est la plus porteuse. Les limites quant aux données informationnelles (voir la section 5) appuient aussi le recours aux acteurs des réseaux régionaux. Les tables et les comités ont été mentionnés, par presque tous les coordonnateurs des régions régionales, comme étant actuellement l'un des outils principaux de la gestion de l'organisation des services de santé mentale. Étant donné l'omniprésence du réseau hospitalier dans le domaine de la santé mentale, une inscription trop poussée de la logique de concertation laisse aussi présager que pourrait être enfreint le développement du modèle de l'intégration.

5.4.2. Modèles de coordination interorganisationnelle des services de santé mentale

L'introduction du modèle de l'intégration des services de santé mentale suppose, dans un système à plusieurs acteurs organisationnels, d'apporter une attention spéciale aux modalités de coordination interorganisationnelle. Plusieurs formes de coordination interorganisationnelle ont été recensées pour le programme dans les régions sociosanitaires, lesquelles ont été regroupées en six modèles: 1) fusions, 2) gestion de cas, 3) ententes de coordination, 4) tables ou comités, 5) programmes conjoints et 6) références (voir le tableau 2). Certaines formes de coordination interorganisationnelle s'avèrent plus populaires que d'autres: modèles retrouvés dans plusieurs régions sociosanitaires. Certaines peuvent aussi se combiner à d'autres, quelques territoires régionaux ayant singulièrement tenté de juxtaposer une pluralité de formes de coordination (ce qui est étudié à la section 4.3). Toutes les régions ont souligné leur volonté de travailler sur les modalités de coordination interorganisationnelle pour mieux arrimer la distribution des services par territoires sous-régionaux ou par MRC. L'implantation de la coordination des services demeure l'un des problèmes majeurs venant entraver l'actualisation du modèle de l'intégration.

Tableau 1: Résultats des mesures de l'intégration clinique des réseaux régionaux de santé mentale

régions/ mesures	01 B-S-L	02 SLSJ	03 Qué.	04 M-B-F	05 Estrie	06 M-C	07 Outa.	08 A-T	09 C-N	11 G-I-M	12 CH-A	13 Laval	14 Lana.	15 Laur.	16 Mont.
1 Déc/ser.	M	M	M	P	F	B	B	B	B	P	B	NP	B	B	B
2 Déc/plan.	B	M	(B)	B	F	F	B	P	P	P	B	F	F	B	B
3 TR/TSR	TSR	TR	TR (TSR)	TSR	TR	TSR	TSR	TR	TR	TR	TR TSR	TR	TR	TR TSR	TR TSR
4 Fusion	-	X	X	-	X	X	-	-	P	-	X	-	-	-	N
5 progr. conjoint	N	N	-	N	N	-	N	N	N	N	X	X	N	X	X
6 gestion de cas	N	X	N	-	N	N	X	P	P	P	X	N	N	X	N
7 entente coordina.	X	N	(X)	X	N	X	X	X	N	P	X	N	N	X	N
8 flexibi. ress. \$	B	B	M	M	F	M	B	F	P	P	B	F	F	M	M
9 ambig- uité: rôle	M	M	F	M	F	F	B	F	F (P)	F	M	F	F	M	M
10 Échange interor.	TSR PSR	TR GC	TR (TSR) (PSR)	TSR PSR	TR	TSR PSR	TSR PSR GC	TR PSR	TR	TR	TR TSR PSR GC	TR	TR	TR PSR GC	TR TSR AP
11 CLSC \$	X	X	F	P	P	X	F	P	X	N	X	X	F	P	F
12 \$ commu.	-	X	F	-	F	F	X	F	X	P	X	F	F	X	X
13 ratio de lits	N	N	N	X	X	N	X	X	X	P	X	X	X	X	X
14 \$ hos/ commu.	X	N	N	X	N	N	X	N	X	P	N	N	N	X	X
15 Qualité	B	M	M	B	F	-	B	F	F	NP	B	-	M	B	M
16 rang/\$	8	6	1	3	12	2	7	5	10	4	11	15	9	13	14

Index:

*région sociosanitaire 01: Bas-Saint-Laurent, 02: Saguenay-Lac-St-Jean, 03: Québec, 04: Mauricie-Bois-Francs, 05: Estrie, 06: Montréal-Centre, 07: Outaouais, 08: Abitibi-Témiscamingue, 09: Côte-Nord, 11: Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, 12: Chaudière-Appalaches, 13: Laval, 14: Lanaudière, 15: Laurentides, 16: Montérégie

*1-2: la décentralisation des services (mesurée par l'équité sous-régionale) - 1 - et de la planification (mesures: tables sous-régionales et formules de planification locale) - 2 -

*3 à 7: les modèles de coordination interorganisationnelle (mesures 3: les tables régionales et sous-régionales, mesure 4: les fusions, mesure 5: les programmes conjoints, mesure 6: la gestion de cas - à l'exception des personnes/établissements - , mesure 7: les ententes de coordination - à l'exception des protocoles d'entente et du monitoring -)

*8 à 10: l'intensité de l'intégration qui est mesurée par la capacité du réseau régional de modifier l'allocation des ressources pour le programme de santé mentale (8), par l'ambiguïté des rôles des acteurs organisationnels (intérêt organisationnel versus intérêt envers le réseau - 9 -) et par l'importance des échanges interorganisationnels - 10 - (qui tiennent compte des tables de concertation, de la gestion de cas - à l'exception des personnes/établissements - et des ententes de coordination - à l'exception des protocoles d'entente et du monitoring - . Les programmes conjoints et les fusions ne sont pas aussi comptabilisés dans les échanges interorganisationnels -pour les explications faire référence au texte-).

*11 à 13: l'adéquation des rôles des acteurs aux impératifs du système d'intégration est mesurée par la consolidation financière des CLSC (apparaissant comme «substantielle» - 11 -) et des organismes communautaires (plus de 10% du financement du budget de santé mentale) - 12 - , par le ratio de lits (correspondant à la norme provinciale de .3 lits par 1 000 habitants) - 13 - et par le financement alloué à l'hospitalisation versus à la communauté (les régions allouant plus de 40% de leur budget aux services à la communauté sont considérées) - 14 -

*15: la qualité des services est relative à l'évaluation de l'évolution de l'accessibilité, de la continuité, de la globalité et de l'humanisation des services de santé mentale depuis la mise en oeuvre du PROS.SM (étudiée au sous-chapitre 5.6)

*16: rang des régions par rapport aux autres territoires sociosanitaires en ce qui concerne leurs dépenses de santé mentale per capita pondérées pour la mobilité (MSSS, 1996); par exemple, Québec (1) est le territoire le plus riche en cette matière et Laval (15), le plus pauvre.

*Compréhension des signes du tableau: «B» = bien, «F» = faible, «M» = moyen, «NP» = pas pertinent pour la région, «N» = pas implanté, «-» = pas de donnée, «X» = implantation de la variable à l'étude, «TSR» = tables sous-régionales, «TR» = table régionale, «PSR» = planification sous-régionale, «GC» = gestion de cas, «AP» = approche par programmes, «P» = projet en élaboration, «()» = concerne les services psychiatriques

Le modèle de coordination le plus populaire est celui des tables de concertation. Toutes les régions possèdent, en fait, une table de concertation en santé mentale. Il existe principalement deux types de tables de concertation: la table régionale et les tables sous-régionales ou par MRC. De notre échantillon (n=15), onze régions ont ce premier type de tables et huit ce deuxième, seulement

quatre régions possèdent ces deux structures à la fois (tableau 1: ligne 3). Les tables sous-régionales se font 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. Aux tables de concertation, les principaux acteurs de la santé mentale du milieu institutionnel, communautaire et intersectoriel sont réunis. Les acteurs de ce dernier sont toutefois moins mobilisés sur les structures sous-régionales qu'ils le sont sur les structures régionales. L'expérience ayant souvent démontré la difficulté de les mobiliser sur de telles structures, les acteurs en santé mentale tentent de plus en plus de les associer à des projets concrets de planification et de coordination de services de santé mentale. La participation de l'intersectoriel à la réforme demeure un enjeu important de la mise en oeuvre du modèle de l'intégration des services. De même, les usagers et leurs proches sont peu interpellés sur les tables de concertation. Pour la plupart, les structures de concertation ne sont par ailleurs que relatives au programme de santé mentale; seulement trois régions ont des tables plutôt multiprogrammes. De ces régions, deux territoires possèdent des structures multiprogrammes arrimées à des comités de santé mentale et un territoire possède des tables de ce type, mais seulement pour certaines sous-régions (les entités locales de concertation variant d'une MRC à l'autre) et pour la clientèle jeunesse. Pour cette dernière, des tables regroupant les programmes de santé mentale et de toxicomanie et le champ de l'adaptation sociale ont été mises en place (un tel regroupement de programmes et de champ étant aussi prévu pour la clientèle adulte). Les tables multiprogrammes jointes à des comités de santé mentale sont des outils de gestion intéressants, favorisant particulièrement l'arrimage des activités sociosanitaires. L'exercice de planification des services est aussi plus démocratique, quoiqu'il est également plus complexe.

Les références, les fusions et les ententes de coordination sont les modèles rapportés ensuite comme les plus communs. Les références s'effectuent entre toutes catégories d'établissements ou d'organismes. D'après nos informations, il y a peu de processus de références interorganisationnelles d'établis formellement; elles se traitent davantage sur un mode informel. L'implantation de tables ou de comités en santé mentale aurait facilité la procédure des références: les acteurs se connaissant davantage et connaissant aussi davantage le réseau sont plus portés à recommander leurs clientèles à d'autres ressources. Néanmoins, beaucoup se plaignent que cette pratique ne soit pas de nature plus automatique et courante. Environ le tiers des régions ont effectué des fusions d'organisations publiques dispensant des services en santé mentale (tableau 1: ligne 4). Les fusions les plus courantes se font entre les départements de psychiatrie de CHSCD ou entre ces derniers et les CHPSY. Dans une même région, deux cas de fusion ont été signalés entre CHSCD, CHSLD et CLSC et seulement un cas de fusion entre CLSC, toujours dans la même région

sociosanitaire. D'après Turgeon et Sabourin (1996), il demeure difficile d'évaluer l'impact des fusions, car peu d'évaluations de tels processus ont été rédigées. Une certaine rationalisation des services serait néanmoins à mentionner, surtout pour les régions à plusieurs départements de psychiatrie et à plusieurs centres psychiatriques dans un même territoire.

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

Fusions:	<ul style="list-style-type: none"> *par secteurs: CHSCD/CHSLD/CLSC/CHPSY *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/intégration sociales *équipes fonctionnelles *gestionnaires de cas *groupes de coordination: administrative/clinique *consortium administratif/clinique *maîtres d'œuvre *personnes/établissements
Ententes de coordination:	<ul style="list-style-type: none"> *PLOS *plans sous-régionaux de coordination *protocoles d'entente *monitoring
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
Programmes conjoints:	<ul style="list-style-type: none"> *CH/organismes communautaires *CLSC/organismes communautaires *CH/CLSC *intragroupes organisationnels (CLSC/CH/organismes communautaires) *organisation 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) *organisation en santé mentale/intersectoriel

Le modèle d'ententes de coordination comprend quatre catégories: les plans locaux d'organisation de services (PLOS), les plans sous-régionaux de coordination, les protocoles d'entente et les systèmes de monitoring (tableau 1: ligne 7). Moins du tiers des régions ont mis en oeuvre 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 est relativement courante. Particulièrement, ils ont été initiés pour les services de pédopsychiatrie. Par exemple, les partenaires d'un département de psychiatrie, d'un centre de jeunesse, d'un centre de réadaptation peuvent convenir par écrit des modalités de leur arrimage pour ce volet. La formule des protocoles d'entente est cependant fort critiquée quant à son impact. Les protocoles d'entente sont surtout perçus efficaces quand ils

viennent formaliser une pratique de coordination de services déjà instituée. Dans plusieurs régions, des systèmes de monitoring ont été développés. Le personnel des départements de psychiatrie peut notamment encadrer les intervenants des CLSC; les psychiatres, donner de la formation aux intervenants du secteur de la santé mentale dans ces établissements. La pratique du monitoring n'est néanmoins que peu courante; pour les régions qui l'ont formalisée, elle demeure très précaire à cause des difficultés des relations interorganisationnelles et de barrières administratives (voir la section 5).¹

Plusieurs formes de coordination interorganisationnelle sont regroupées dans le modèle de gestion de cas (tableau 1: ligne 6). La formule la plus courante dans le réseau public est d'attribuer une fonction de coordination interorganisationnelle à un individu d'une organisation qui est mandaté de référer la clientèle à un autre établissement ou organisme du réseau. Deux 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. Notamment, une région a mis sur pied des équipes de réadaptation/réintégration sociales par territoires de MRC, qui ont comme fonction d'arrimer tous les services pré et post-hospitaliers. Ces équipes sont formées d'intervenants de départements de psychiatrie, de CLSC et d'organismes communautaires qui ensemble coordonnent ces services; les participants restent attachés à leur institution propre, mais doivent répondre primordialement aux enjeux du réseau via ces comités. Cette même région a aussi mis en place, dans tous ces CLSC, 40 postes de gestionnaires de cas («case manager») coordonnant aussi leurs activités avec les équipes de réadaptation/réintégration sociales. D'après nos informations, le modèle de gestionnaires de cas aurait seulement été développé dans ce territoire. Pourtant, la littérature en santé mentale donne des avantages certains à cette pratique et soutient qu'elle peut être déployée dans un système fragmenté sans trop en bouleverser la configuration (Austin, 1993). La pratique de gestionnaires de cas est définie par le «Federal Medicaid Waiver regulations (1981)»: «as a system under which responsibility for locating, coordinating and monitoring a group of services rests with a designated person or organization (Walden *et al.*, 1991, p. 63)».

Une autre région a implanté une formule d'équipes fonctionnelles. Ces dernières sont composées de différents intervenants du réseau, 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 région a mis en oeuvre une coordination

¹En raison de l'aspect souvent informel ou ponctuel de la pratique «personnes/établissements» (à l'exception des cas litigieux qui apparaissent plus formalisés) et du monitoring, ces derniers ne sont pas appréciés dans les formes d'ententes de coordination ou de gestion de cas rapportées au tableau 1. Il aurait aussi fallu procéder à une analyse plus exhaustive des pratiques de coordination des services en régions pour vraiment évaluer l'ampleur du monitoring, des protocoles d'entente, de la formule «personnes/établissements» et des processus de référence. Ces derniers ne se retrouvent pas ainsi dans le tableau 1.

sous-régionale clinique et/ou administrative de services, composée d'intervenants n'ayant pas d'attache institutionnelle autre que le réseau sous-régional de distribution des services. Le personnel est sous la supervision d'un acteur qui a le pouvoir de coordonner les services cliniques de santé mentale d'un réseau sous-régional et qui peut aussi gérer l'organisation de ces services. L'équipe véhicule à travers les organisations du système sous-régional. Un autre territoire a introduit un modèle semblable, mais moins développé. Pour le réseau sous-régional, seulement une personne s'occupe de planifier l'organisation des services et d'en arrimer la dispensation. Des rencontres entre acteurs de CH et de CLSC sont aussi initiées pour discuter de cas cliniques. C'est le modèle du consortium administratif et clinique. La coordination interorganisationnelle s'effectue également sous la formule des maîtres d'oeuvre (deux régions dont une en implantation), c'est-à-dire qu'ici, un établissement, un hôpital psychiatrique ou un département de psychiatrie, coordonne les services de son territoire local et fournit une expertise clinique d'appui à ses partenaires.

Les programmes conjoints n'ont pas été valorisés comme pratiques d'organisation des activités en santé mentale; peu d'expériences d'arrimage de programmes interorganisationnels ont été déployées (tableau 1: ligne 5). Notons néanmoins quelques projets périphériques. Par exemple, dans une région, un centre de crise fonctionne de jour via un CLSC et en soirée via un organisme communautaire; dans un autre territoire, un centre de jour a été créé par l'initiative conjointe d'un organisme communautaire et d'un CH.

5.4.3. Intensité de l'intégration des réseaux régionaux de santé mentale

Trois mesures ont été désignées pour cerner l'intensité de l'intégration des réseaux régionaux (section 2): l'ambiguïté des rôles, la flexibilité des ressources et la fréquence des échanges interorganisationnels. Ces deux premières mesures ont été évaluées, par les coordonnateurs des réseaux régionaux, comme ayant été de faiblement à moyennement inscrites dans les perceptions ou les usages du réseau (tableau 1: lignes 8 et 9). La capacité de modifier la répartition financière d'un réseau dépend en bonne partie de la richesse relative des régions pour le programme de santé mentale. Une majorité de régions sont ainsi estimées pénalisées à cet égard, quelque'une plus que d'autres (tableau 1: ligne 16); des barrières structurelles enfreignent aussi le processus: mobilisation du personnel, pratiques professionnelles, budgets historiques des établissements, parcs immobiliers, etc. Une des seules possibilités de modifier la répartition budgétaire demeure les compressions financières aux CH (diminution du ratio de lits et de la durée du séjour hospitalier), de là l'importance de mettre en oeuvre des modèles originaux de coordination interorganisationnelle et de jouer sur les pratiques par le biais de la formation. Dans toutes les régions sociosanitaires, on dénote un intérêt marqué pour la formation, une des priorités de la PSM, bien que les budgets

restent souvent dérisoires. Certaines régions ont néanmoins plus que d'autres priorisé cette voie.¹ Au sujet de l'ambiguïté des rôles, les acteurs du système de santé mentale perçoivent de plus en plus les intérêts du réseau et non seulement ceux de leur organisation ou de leur corps professionnel. Cette tendance à se configurer en fonction d'une clientèle commune n'est néanmoins encore que bien relative et elle relève particulièrement de la volonté des CH d'arrimer leurs services avec leurs partenaires. L'association des CH à la réforme demeure incontournable à l'implantation du modèle de l'intégration.

Depuis la mise en oeuvre des PROS.SM, il s'est produit une augmentation des rapports entre les acteurs organisationnels. En cette matière, plus du tiers des régions se distinguent singulièrement des autres par l'originalité des modèles planifiés (tableau 1: ligne 10). Trois autres régions se différencient pour les projets interorganisationnels qu'elles ont élaboré, mais qui, lors de notre terrain, n'étaient pas implantés (Côte-Nord, Abitibi-Témiscamingue et Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine). Ces projets de reconfiguration sont intéressants, puisqu'ils présentent plusieurs formes de coordination des activités de santé mentale (tables, PLOS, etc.). L'impact de l'actualisation de ces planifications est à suivre. Dans presque toutes les autres régions sociosanitaires, la coordination interorganisationnelle pour le programme de santé mentale apparaît peu avancée ou de peu d'effets. À notre connaissance, aucun projet n'a été mis de l'avant, dans ces territoires, pour remédier à cette situation, bien qu'il semble là aussi y avoir une volonté d'arrimage des services de santé mentale.

Trois régions sociosanitaires se démarquent singulièrement des autres par l'originalité de leur réseau et la pluralité des modèles de coordination développés (Chaudière-Appalaches, Laurentides et Outaouais). Ces trois régions possèdent des tables sous-régionales, seulement une région ne détient pas de table régionale. Elles ont aussi introduit la formule des PLOS, une ayant préconisé davantage la formule des plans de coordination. Chacune a aussi valorisé au moins une formule de gestion de cas pour arrimer son réseau sur le plan sous-régional: équipes de réadaptation/réintégration sociales, équipes fonctionnelles, groupes de coordination et gestionnaires de cas. Le modèle de gestion de cas apparaît spécifiquement pertinent pour favoriser la coordination et la continuité des services de santé mentale des différentes organisations.

Trois autres territoires présentent un réseau de tables sous-régionales en santé mentale fort dynamiques (Montérégie, Mauricie-Bois-Francs et Bas-Saint-Laurent). Dans deux de ces régions, la formule des PLOS a aussi été mise en oeuvre. Un de ces territoires a aussi favorisé une méthode

¹ Une région a ainsi dégagé un budget récurrent de près de 400 000 dollars pour la formation. Un autre territoire a notamment initié des sessions de formation en collaboration avec l'Université de Montréal pour les programmes de santé mentale, de toxicomanie et de réadaptation sociale, etc.

de planification par programmes originale afin de coordonner ses activités de santé mentale (Montréal - l'approche par programmes est étudiée à la section 5 -). Des tables et des planifications sous-régionales ont également été développées dans un autre territoire, mais dont le mandat vise principalement les services psychiatriques (Québec). L'emploi des tables de concertation pour intégrer les services est une voie intéressante. Néanmoins, ces structures s'avèrent surtout pertinentes là où elles sont associées à d'autres formes de coordination interorganisationnelle, singulièrement aux modèles de gestion de cas et d'ententes de coordination. En d'autres termes, les tables de coordination sont une initiative pertinente pour entamer l'arrimage des services locaux, mais semblent d'effets limités si elles ne sont pas annexées à d'autres formes de coordination. À ce titre, nos recherches en Montréal sont significatives (chapitres 3 et 4). L'arrimage des services par ces structures, mêmes si les tables sont fort dynamiques, ne résulte qu'à peu de résultats concrets, d'autant plus si elles n'ont pas été mises sur pied par l'initiative de forces locales. Enfin, la plupart des régions dont nous avons parlé ont aussi expérimenté une forme ou une autre des modes de collaboration interorganisationnelle suivants: personnes/établissements, monitoring, fusions et protocoles d'entente.¹

5.4.4. Adéquation des rôles des distributeurs de services au modèle de l'intégration

Le modèle de l'intégration s'appuie sur une vision biopsychosociale de la nosologie de ce problème de santé, laquelle a plus de chance d'être soutenue dans un contexte où d'autres acteurs organisationnels conjointement aux CH offrent des services de santé mentale. Bien que les CH aient une vision biopsychosociale de la santé mentale, la dimension biomédicale détermine majoritairement les interventions thérapeutiques (White *et al.*, 1993). La PSM, les PROS.SM et les plans de transformation pour le volet de la santé mentale reconnaissent les CLSC et les organismes communautaires dans la distribution de ces services. Presque toutes les régions tendent à consolider le rôle des CLSC et des organismes communautaires dans la prise en charge de la santé mentale et à circonscrire le rôle des CH. Plusieurs modèles d'inscription de la participation de ces partenaires sont cependant mis de l'avant.

Pour la planification régionale des services de santé mentale, les CLSC sont reconnus intervenir pour les niveaux des services de base et de crise, pour la prévention et la promotion et, dans certaines régions, pour la réadaptation/réintégration sociales. Les services dispensés dans les CLSC varient ainsi d'une région à l'autre: des services psychosociaux courants, de l'implantation d'équipes de base en santé mentale (modèle le plus courant lors d'une consolidation financière), de

¹Notons que les fusions et les programmes conjoints ne sont pas appréciés dans la catégorie des échanges interorganisationnels de l'intensité de l'intégration du tableau 1. Il aurait fallu procéder à une analyse plus exhaustive pour vraiment évaluer l'ampleur et l'impact de ces pratiques. Le monitoring, les protocoles d'entente et les processus de référence n'ayant pas été considérés au tableau 1 pour les modèles de coordination, ils ne sont pas conséquemment traités dans la section de l'intensité de l'intégration.

la mise en place de gestionnaires de cas (une seule région) et du transfert de cliniques externes de CHSCD aux CLSC (deux régions). Plusieurs régions ont affiché leur volonté de renforcer les services donnés aux CLSC d'ici les deux prochaines années. Environ le tiers des régions ont actuellement consolidé ces établissements (tableau 1: ligne 11); la presque totalité des territoires ont alloué des ressources de développement ou de réallocation aux CLSC.¹ Le renforcement du rôle des CLSC en santé mentale appert intéressant, d'une part, pour l'offre des services: approche davantage biopsychosociale que dans les CH, établissements plus près de la population que le sont les hôpitaux, services moins stigmatisants pour les usagers que le sont les services psychiatriques, présence d'un organisateur communautaire faisant le pont avec les organismes communautaires, etc. D'autre part, la consolidation du rôle de ces établissements est jugée importante sous l'angle de la coordination des services: bien que pouvant être vus comme des concurrents aux organismes communautaires, ils constituent un troisième acteur pouvant s'insérer entre les organisations supportant l'approche biologique (CH) et l'approche alternative (organismes communautaires) (voir le chapitre 4).

La PSM et les PROS.SM ont aussi reconnu et consolidé le rôle des organismes communautaires dans la distribution des services de santé mentale, les plans de transformation poursuivant cette action. Dans la plupart des régions, les ressources financières actuellement allouées au réseau communautaire de santé mentale se situent autour de 5%; environ le tiers des régions accordent au moins 10% du budget de leur programme à ces acteurs (tableau 1: ligne 12).² La majorité des régions régionales ont l'intention d'augmenter le financement de ces organismes. Dans quasiment toutes les régions, les organismes communautaires occupent une fonction surtout en réadaptation/réintégration sociales, en prévention/promotion et en services de crise (dans certains territoires, aussi en services de base³). Leur expertise et leurs rôles dans l'offre des services varient en reconnaissance d'une région à l'autre. Dans certaines régions, les services de centre de jour des CH ont été transférés aux organismes communautaires. Dans d'autres territoires, on ne leur reconnaît presque exclusivement qu'un rôle d'«animation» pour la clientèle présentant des troubles mentaux. Par ailleurs, les PROS.SM sont venus surtout confirmer les rôles des organismes communautaires en matière d'entraide, de défense des droits et de répit aux familles, fonctions que rendent compte les priorités ministérielles. La PSM et les planifications régionales insistent aussi sur l'importance de la complémentarité des services des ressources communautaires au réseau

¹ Étant donné que les allocations financières ont été peu substantielles et que les réseaux restent dans leur ensemble fort à renforcer, ces dernières régions ne sont pas comptabilisées dans le tableau 1.

² Il faut néanmoins être prudent dans l'interprétation des pourcentages alloués, car ils peuvent tenir compte des organismes communautaires interagissant dans des secteurs connexes à la santé mentale ou non (par exemple, les organismes intervenant contre la violence envers les femmes), de ressources intermédiaires ou non, etc. D'après un document du MSSS (1996), pour l'année financière 1994-1995, la répartition des dépenses de santé mentale au Québec est la suivante: 3% pour les organismes communautaires, 3% pour les CLSC, 25% pour les CHSGS, 39% pour les CHPSY, 5% pour les CHSLD, 2% pour les CR, 6% pour les médicaments et 17% des sommes vont aux salaires des médecins.

³ Soulignons l'imprécision de la notion de services de base (*Le bilan d'implantation de la Politique de santé mentale*, 1997).

institutionnel. Les organismes communautaires font singulièrement face à deux catégories d'enjeux: d'une part, s'arrimer au réseau public s'en perdre leur autonomie, leur espace de créativité dans la recherche de nouvelles pratiques de distribution de services et leur spécificité dans le traitement de la santé mentale et, d'autre part, être consolidés sans perdre leur identité (mouvement de mobilisation sociale) et sans devenir le réseau de «cheap labour» du système.

Pour le milieu psychiatrique, les objectifs sont, d'une région à l'autre, de mieux cibler leurs actions vers le traitement spécialisé et d'effectuer le virage ambulatoire. Ce processus prend néanmoins des contours fort différents d'une région à l'autre. Également, bien que souligné dans les PROS.SM, ce processus est surtout notoire dans les plans de transformation. Comme nous l'avons vu, dans certaines régions, les services externes des départements de psychiatrie ont été transférés en CLSC; les centres de jour, dans les organismes communautaires; du personnel, de CH à CLSC, etc. D'après nos informations, le ratio de lits pour le deux tiers des régions se conformerait à la norme provinciale (.3 lits par 1000 habitants - tableau 1: ligne 13 -). Les autres régions visent à diminuer leur ratio de lits. Certains territoires ont aussi des objectifs inférieurs à la norme provinciale.¹ Tous envisagent également une diminution de la durée des séjours hospitaliers. Plus d'un département de psychiatrie ont dû réviser leurs pratiques pour s'orienter vers une approche plus communautaire. Selon Nadeau (1997)², la proportion des dépenses allouées au traitement spécialisé dans les CH par rapport aux dépenses pour les services offerts dans la communauté serait actuellement pour l'ensemble du Québec de 65% contre 35%. Dans les régions de Québec et de Montréal, le rapport serait plutôt de 80% contre 20%, ce qui s'explique par l'historique de l'institutionnalisation de la psychiatrie dans ces territoires (présence d'importants hôpitaux psychiatriques). Les dépenses effectuées dans les CH pour l'ensemble du Québec seraient évaluées à 69% du budget de la santé mentale (MSSS, 1996). La notion de services à la communauté reste néanmoins nébuleuse. Pour certains, la notion est relative aux services donnés en cliniques externes ou en centres de jour (services les plus développés). Pour d'autres, cela va beaucoup plus loin; ces derniers ne représentent pas de tels services. Ces acteurs ne sont pas cependant en mesure de cerner clairement «cette autre conception». D'après un document du ministère (1996), ces services tiendraient aussi compte des pavillons; la notion de «communauté» semble donc fortement extensible! Selon, Mercier et White (1995), les services communautaires correspondent:

«aux ressources alternatives à la psychiatrie traditionnelle; aux structures intermédiaires; aux groupes d'entraide; aux organisations charitables, profanes ou religieuses; aux services offerts dans le milieu par les hôpitaux. Le discours communautaire s'est ainsi vidé de sa dimension

¹ Ainsi, le respect des orientations ministérielles par les acteurs régionaux peut parfois avoir un effet paradoxal de soutien au statu quo.

² Jacques A. Nadeau est le vice-président exécutif de l'Association des hôpitaux du Québec.

politique et revendicatrice pour recouvrir un ensemble hétérogène d'organisations et de pratiques (p. 23).»

La littérature sur l'organisation des services de santé mentale insiste particulièrement sur l'importance d'implanter des services de crise et de support pour les personnes (gestionnaires de cas, suivi intensif en milieu communautaire, ressources d'hébergement, etc.), d'améliorer la qualité et la stabilité de la vie de l'usager et de favoriser le développement de ses habiletés afin qu'il puisse oeuvrer le plus normalement possible (formule de travail ou de formation, activités récréatives et de réadaptation/réintégration sociales, etc.) (Tessier et Clément, 1992). Notre recherche auprès d'usagers des services communautaires et institutionnels en santé mentale dans la Montérégie a aussi mis en relief l'intérêt de développer de tels services. L'introduction suffisante de telles ressources, dont les activités sont offertes de façon continue, diminue les phases d'hospitalisation et leur durée (Pritchard et Cunliffe, 1983; Brown *et al.*, 1994; Fasolo et Frisanco, 1991; MSSS, 1996). Au Québec, au cours d'une année, environ 3% de la population souffrant de troubles mentaux sévères 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 de services qui est décentralisée par territoires sous-régionaux ou par MRC.

Ainsi, presque toutes les régions ont investi majoritairement leurs fonds de développement ou de réallocation à la consolidation ou à la création de services donnés par les organismes communautaires. S'ensuit le financement octroyé aux services dispensés par les CLSC. Très peu de régions ont alloué des ressources au secteur hospitalier. Les départements de psychiatrie ont toutefois procédé à une certaine restructuration de leurs services. Certains volets, moins avantagés dans l'allocation des ressources tels que les services de pédopsychiatrie, ont aussi été quelques peu consolidés (beaucoup reste néanmoins ici à parfaire). Pour plus d'un tiers des régions sociosanitaires, un avancement significatif vers le renforcement des services à la communauté a ainsi été réalisé (surtout la réadaptation/réintégration sociales): création de groupes d'entraide, d'APAMM, d'organismes de défense des droits, de centres de crise, consolidation des services en CLSC, reconfiguration des services hospitaliers, etc. (tableau 1: ligne 14).¹ Cependant, pour certaines régions, l'iniquité interrégionale enfreint notablement leur processus de reconfiguration (voir la section 3). *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 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. Selon nos informations, l'objectif du MSSS (1996) d'atteindre que 60% des dépenses publiques soient

¹Il demeure difficile de comparer les réseaux régionaux par la répartition des données financières. La comptabilité de ces données n'est pas standardisée d'une région à l'autre et elle est jugée aussi peu fiable (un tel exercice ayant été demandé par le MSSS en 1996 qui a été considéré intraitable). La notion de services à la communauté ne fait pas aussi l'objet d'un consensus, ce qui complexifie une telle évaluation.

investies dans la communauté et que 40% soient consacrées à l'hospitalisation aurait été rencontré seulement dans une ou deux régions sociosanitaires.¹

5.5. Intégration administrative: repères sur l'organisation régionale des services de santé mentale

L'implantation du modèle de l'intégration suppose que l'organisation des services de santé mentale s'appuie sur un système administratif adéquat. Pour ce faire, plusieurs mécanismes ont été mis en oeuvre ou consolidés au niveau de la planification régionale: approche par programmes et par objectifs/résultats, systèmes d'évaluation et d'information, etc. Le statu quo a néanmoins été maintenu pour plusieurs mécanismes, évalués centraux à l'évolution du système de santé (rapport Rochon, 1988): les conventions collectives, le mode de paiement du corps médical, la nomenclature des exercices exclusifs, etc. Le maintien du statu quo joue ici sensiblement sur l'adéquation des rôles aux impératifs d'efficience du système et sur l'arrimage de la dispensation des services. Notons particulièrement, le mode de paiement des médecins qui encadre la participation de ces derniers à la planification et à la coordination des services et à l'implantation de systèmes de monitoring. Règle générale, il demeure aussi difficile dans le système de dégager des données suffisantes et adéquates à la gestion régionale: «il existe très peu de données pour évaluer les besoins des clientèles et les services offerts (MSSS, 1996, p. 23)». En particulier, les données qualitatives, davantage ciblées (notamment concernant un espace sous-régional) et relatives à certains services (ambulatoires, CLSC et organismes communautaires) sont insuffisantes; aucun système d'information clinique en santé mentale n'a aussi été développé (fort critiqué par les organismes communautaires). Beaucoup d'outils sont également lacunaires pour procéder à l'évaluation des réseaux. Les régies régionales réalisent ainsi davantage de suivis quant à l'utilisation des fonds alloués (adéquation des allocations financières aux mandats) que relatifs à l'impact ou aux effets de la dispensation des services. Actuellement, le réseau fonctionne de plus en plus par objectifs de résultats (par exemple, atteindre d'ici l'an 2000, que 60% du financement soient octroyés pour les services de santé mentale offerts dans la communauté). La recherche est cependant à parfaire pour améliorer l'efficacité de l'approche par objectifs/résultats et des systèmes d'information et d'évaluation et pour favoriser davantage leur implantation dans le système.

L'approche par programmes a été élaborée pour reconfigurer le réseau en fonction des besoins recensés des clientèles et non plus qu'en fonction des besoins des distributeurs de services. La

¹Le discours des tables régionales des ressources communautaires et alternatives en santé mentale semble corroborer avec nos données, puisqu'elles affirment que seulement deux régions se rapprochent d'une gamme complète de services (*Bilan d'implantation de la Politique de santé mentale*, 1997).

gestion des régies régionales est articulée selon les contours de l'approche par programmes (programme de santé mentale, jeunesse, etc.).¹ Le programme de santé mentale se conforme à la nomenclature promue par la *PSM* (la gamme de services). Une ou deux régions ont implanté une nomenclature différente. Le secteur de la santé mentale en Montérégie est notamment constitué de 32 programmes, regroupés en services de prévention/promotion, de 1^{er} ligne et de crise et en services spécialisés. Une telle notion de programmes apparaît intéressante; elle pourrait coordonner différents acteurs organisationnels interagissant pour un programme particulier. Le réseau doit toutefois être administré, dans son ensemble, selon cette nomenclature. La nomenclature des programmes ne devrait pas aussi être trop exhaustive, afin de permettre l'arrimage des services entre les différents acteurs organisationnels et la flexibilité du système.

La notion de programmes comporte une orientation de gestion et une orientation clinique. L'implantation relative de cette première entrave le développement du modèle de l'intégration. En effet, bien que la gestion par programmes soit introduite au niveau régional, elle ne structure pas l'organisation des établissements publics: ces derniers ne sont pas subventionnés par programmes et n'élaborent pas leurs rapports financiers et d'activités selon cette modalité. Ce constat a deux répercussions principales. D'une part, il demeure difficile pour les régies régionales d'identifier les ressources financières par niveaux d'intervention, ce qui complexifie l'application de l'équité intrarégionale et interprogramme. D'autre part, le mode de financement actuel des établissements contraint les régies dans la transformation du système, ne permettant qu'à la marge des réallocations de fonds qui demeurent néanmoins fortement limitées par la mobilisation du personnel.

Par ailleurs, certains éléments de la gamme de services semblent contrevenir à une approche par programmes (aspect clinique). Il est, en effet, difficile pour certaines interventions de n'envisager que des actions par programmes; il est ainsi superflu d'en comptabiliser comme tel le financement. C'est le cas de l'information et de la prévention/promotion dont les interventions sont plus multiprogrammes (clientèles menacées et population générale). Le découpage de certains programmes et de certains champs poserait aussi problème. Particulièrement, la division de ces premiers en catégories reliées aux clientèles ou aux problématiques de santé complexifie l'organisation des services (notamment le programme jeunesse et le programme de santé mentale). Cette approche est aussi peu adaptée pour les cas de doubles problématiques: clientèle ciblée par deux programmes (par exemple les personnes affectées de troubles mentaux et étant toxicomanes). Comme le système de santé est à cours de financement, les programmes tendent à se rejeter la responsabilité d'une telle clientèle. La structuration par champs intègre aussi des

¹ Il y a cinq champs (santé publique, santé physique, santé mentale, intégration sociale et adaptation sociale) et huit programmes: santé physique, santé mentale, santé publique, jeunesse, alcoolisme/toxicomanie, personnes âgées, déficience physique et déficience intellectuelle.

problèmes de santé qui ne sont pas couverts par des programmes, notamment le suicide, l'itinérance et l'autisme. Ces derniers courent le risque d'être laissés pour compte par les réseaux régionaux de programmes.

Le programme de santé mentale tient compte de catégories d'âges (des jeunes, des adultes et des personnes âgées) et de catégories reliées aux degrés d'atteinte de la maladie (sévères et persistants, transitoires et menacés). Pour plusieurs, ce programme apparaît trop large (trop de types de clientèles) et à la fois trop circonscrit (contraire à une vision holistique de la santé). Les organismes communautaires revendiquent, en ce sens, une approche davantage intégrale.¹ Certaines catégories de clientèles peuvent notamment être négligées en raison de l'ampleur des aspects du programme à couvrir. C'est le cas des personnes âgées, mais surtout des jeunes. L'implantation de tables de concertation multiprogrammes est une voie à l'intégration des activités sociosanitaires. Également, une région a résolu ce problème en élaborant une planification pour les jeunes concernant les champs et les programmes de santé mentale, de toxicomanie et d'adaptation sociale. Cette région a l'intention d'effectuer le même regroupement pour la catégorie des adultes.

5.6. Qualité des services régionaux de santé mentale

D'une façon générale, les régions qui ont le plus modifié leurs réseaux régionaux de santé mentale (changer les rôles des acteurs organisationnels et maximiser la coordination interorganisationnelle) évaluent plus positivement la qualité de l'offre de leurs services (moins du deux tiers des régions - tableau 1: ligne 15 -).² L'analyse des données financières de ces régions témoigne aussi du virage qu'elles ont pris: renforcement des services de base et de crise, de la réadaptation/réintégration sociales et des services ambulatoires et près des communautés et réduction des budgets alloués aux activités d'hospitalisation. La globalité des services a ainsi été améliorée (consolidation de la gamme de services). D'une façon générale, les organismes communautaires et les CLSC ont aussi été davantage consolidés dans ces régions. L'accès à des services différents de ceux traditionnels, offerts singulièrement dans l'institutionnel, est vu comme jouant sur la qualité des services (White et al., 1993). Spécialement, le renforcement du communautaire 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). L'accentuation de la sous-régionalisation des services et l'emphase sur l'arrimage des acteurs organisationnels ont certes eu aussi des

¹ L'approche par programmes est qualifiée aussi de plus contraignante dans la desserte des services qu'une approche globale dont seul l'organisme décide des orientations de la gestion et des activités. Pour un organisme, une modification de la nomenclature des services d'un programme peut aussi équivaloir à la remise en question de son mandat (donc, de sa survie).

² Rappelons qu'il s'agit d'une mesure perceptuelle de la qualité des services. Une réelle évaluation de la qualité des services régionaux de santé mentale demanderait une analyse beaucoup plus exhaustive et complexe.

impacts sur l'accessibilité et la continuité des services dans nombre de régions. Pour beaucoup, les groupes de défense des droits sont perçus comme ayant également aidé à l'humanisation des services. Ils demeurent, ce faisant, pour plusieurs, bien dérangeants.

Dans presque toutes les régions, l'amélioration des services a surtout été manifeste envers la clientèle ayant des troubles mentaux sévères et persistants. Là où les CLSC ont été consolidés, les services auraient aussi été bonifiés pour la clientèle présentant des troubles mentaux transitoires. À ce jour, malgré la bonne volonté des régions, peu de ressources ont encore été investies pour le niveau de la prévention/promotion. D'après plusieurs acteurs du réseau, les jeunes atteints de problèmes de santé mentale se retrouvent toujours fort pénalisés par l'insuffisance des ressources allouées à la pédopsychiatrie. En raison de la lourdeur de leur état, de la pauvreté du système et de l'approche par programmes, les personnes affectées de doubles problématiques sont aussi peu favorisées dans la dispensation des services. Les proches des personnes affectées par des problèmes de santé mentale auraient enfin bénéficié des apports de la *PSM* et des *PROS.SM* (création de l'entraide et de services de répit).

5.7. Implantation du modèle de l'intégration au Québec et implication des résultats de recherche pour l'organisation des services de santé mentale

L'implantation du modèle de l'intégration suppose des changements substantiels de l'organisation et de l'offre des services de santé mentale, lesquels s'appuient sur un changement de paradigme: passage du modèle de l'enfermement/traitement à une conception biopsychosociale de la nosologie de ce problème de santé. Au Québec, le modèle est aussi soutenu par des réseaux de distributeurs de services, devant arrimer leurs activités de santé mentale aux niveaux régional et local. Le processus de planification et de coordination des services est animé et encadré par des régies régionales. Pour une majorité d'auteurs, les systèmes à plusieurs organisations devant arrimer leurs activités ne sont pas perçus comme les plus efficaces (Provan et Milward, 1994 et 1995; Provan et al., 1996; Shore et Cohen, 1990; Dill et Rochefort, 1989). Il appert néanmoins que l'existence d'une instance régionale tempère ce constat: cette dernière incite à l'arrimage des activités sociosanitaires et à l'amélioration de l'adéquation des rôles des acteurs aux modifications du contexte socio-économique. La constitution de tels réseaux est aussi jugée comme favorisant davantage la diversité et l'accessibilité des services que les systèmes à dispensateur unique (White et al., 1993; Simon, 1962, dans Provan et Milward, 1995).

La *PSM* et les *PROS.SM* ont été interprétés comme mettant de l'avant le modèle de l'intégration au Québec, puisqu'ils prônent le concept de santé mentale, une gamme et une orientation locale de

services et l'arrimage des activités entre acteurs organisationnels. La *Loi 120* et les plans de transformation sociosanitaires pour le volet de la santé mentale poursuivent cet élan, accentuant la décentralisation des services et l'impératif d'efficience du système par une rationalisation des rôles des acteurs organisationnels. Les régions sociosanitaires poursuivent quasiment les mêmes objectifs de restructuration pour leurs réseaux de santé mentale (*PSM* et documents ministériels d'appui à la planification). Les modalités de la mise en oeuvre des objectifs de planification régionale varient cependant sensiblement d'une région sociosanitaire à l'autre. C'est du moins ce que démontre cette recherche: les dynamiques régionales, la configuration des territoires et la vision promue par les gestionnaires des instances régionales quant au modèle de services à développer venant circonscrire le processus. Nonobstant, des contraintes polyvalentes à l'ensemble des réseaux régionaux enfreignent l'actualisation du modèle de l'intégration: la pauvreté du système, la mobilisation mitigée des acteurs-clés des CH, la structuration du système à tendance hospitalocentrique, les pratiques professionnelles, les conventions collectives, les budgets historiques alloués aux établissements, les difficultés des relations interorganisationnelles, etc.

Pour analyser l'implantation du modèle de l'intégration au Québec, ce dernier a été catégorisé en trois formes: l'intégration clinique, administrative et du corps médical au système. Cette première a été examinée selon sa configuration régionale. Pour les intégrations administrative et du corps médical au système, les données ont été regroupées pour l'ensemble des régions. Plusieurs mécanismes ont été identifiés venant baliser l'intégration administrative. L'approche par programmes apparaît notamment peu implantée dans les organisations du réseau. Sa nomenclature pour la santé mentale appert parfois aussi mal adaptée, ce qui vient perturber le déploiement du modèle de l'intégration. L'approche par programmes devrait ainsi être mieux articulée au réseau. D'une façon générale, les outils de gestion ne sont que trop peu aidants pour la planification régionale en raison de lacunes importantes dans les systèmes d'information. L'intégration du corps médical au modèle est évaluée, quant à elle, peu significative. Depuis les plans de transformation, les psychiatres sont cependant plus mobilisés aux impératifs de modifications du système. Les omnipraticiens demeurent encore que peu concernés. La consolidation du rôle des CLSC en santé mentale est favorable au renforcement de la participation des omnipraticiens aux réseaux de santé mentale. Les contraintes administratives (paiement et réglementation) viennent singulièrement baliser la participation du corps médical à la planification et à l'arrimage des services. La participation du corps médical est pourtant incontournable aux changements de régulation de ce programme.

Pour mesurer l'intégration clinique dans les régions sociosanitaires, quatre mesures ont été traitées: le niveau de décentralisation, les modèles de coordination, l'intensité de l'intégration et l'adéquation

des rôles au modèle. Environ la moitié des régions ont témoigné d'une avancée certaine en matière d'intégration clinique. Particulièrement, soulignons les initiatives prises par les régions de l'Outaouais, de Chaudière-Appalaches, des Laurentides, de la Montérégie, du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay-Lac-St-Jean, de Québec et de la Mauricie-Bois-Francs. Il demeure néanmoins difficile, d'après nos données, de juger de l'avancement de l'intégration clinique verticale versus de l'intégration clinique horizontale. La mise en oeuvre de la décentralisation de la planification et des services est entamée dans une majorité de régions. La décentralisation est jugée, pour beaucoup de régions, comme la solution pour améliorer l'efficacité des services de santé mentale. La logique politique est aussi la voie dominante de la planification des services de santé mentale dans les régions.

D'une façon générale, les planifications régionales ont mieux défini le rôle des distributeurs de services. Ce mouvement est surtout notoire dans les plans de transformation. La mission des organismes communautaires et des CLSC en santé mentale a pris de l'expansion. Le renforcement du rôle des organismes communautaires interpelle toutefois la philosophie du mouvement et l'équité en matière de paiement des employés du réseau. La volonté de consolider ces derniers et les CLSC semble vive dans presque toutes les régions étudiées. Les CH ont plutôt vu leurs rôles circonscrits et doivent faire face à des changements de pratiques: virage ambulatoire et services communautaires. Étant donné le contexte économique et l'impératif d'améliorer l'efficacité et la pertinence des services, les rôles des différents acteurs organisationnels du réseau devraient mieux être cernés. L'impact d'expériences novatrices devrait aussi être clarifié, notamment le déploiement de cliniques externes en CLSC et de centres de jour dans les ressources communautaires. D'après *Le Bilan de la PSM* (1997), il n'y a pas eu de changement majeur dans la distribution des allocations financières entre les organisations d'une même région sociosanitaire et entre les régions. Les réallocations financières effectuées actuellement ne permettent des modifications qu'à la marge du système. Les fonds de développement (provenant de la *PSM*, de la dissociation avec un territoire régional, etc.) et certaines prises de position politique des régions régionales ont néanmoins permis à certaines régions de changer plus significativement la configuration de leurs services de santé mentale.

Pour renforcer l'intégration clinique de leurs réseaux, les régions ont valorisé plusieurs formes de coordination interorganisationnelle, que nous avons regroupées en six modèles: 1) fusions, 2) gestion de cas, 3) ententes de coordination, 4) tables ou comités, 5) programmes conjoints et 6) références (voir le tableau 2 de la section 5.4.2). L'utilisation de tables ou de comités de santé mentale est le modèle prédominant. Dans une majorité de régions, des structures de concertation sont implantées et sont actives. Pour les coordonnateurs régionaux des programmes de santé

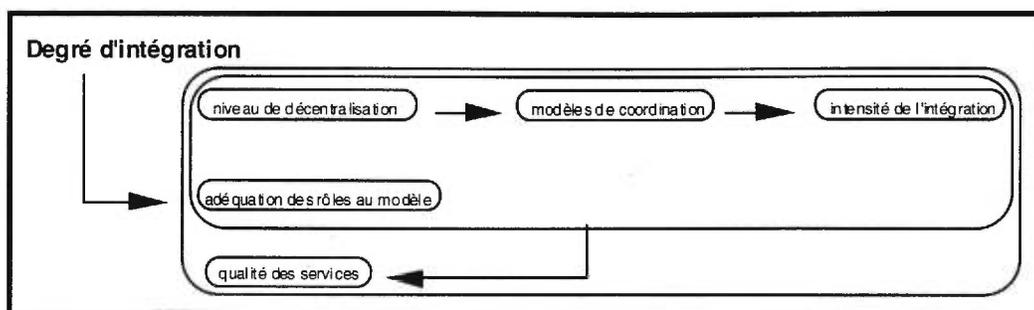
mentale, ces structures constituent l'un des outils de gestion centraux de la planification des services. L'utilisation des tables améliore la démocratisation du système et elle maximise la potentialité d'actualisation des objectifs de planification, puisque les preneurs de décisions sont aussi les responsables de l'introduction des changements. Cependant, ces structures s'avèrent davantage pertinentes si elles sont jumelées à d'autres formes de coordination. En régions, les modes d'arrimage de services retrouvés les plus courants sont: les fusions et les ententes de coordination. Les références s'avèrent aussi une pratique courante, mais établies davantage sous un mode informel. Les régions qui se démarquent par l'originalité de leurs modèles de coordination ont souvent tenté aussi de juxter plus d'une forme de coordination interorganisationnelle. Plus d'un tiers des régions se différencient ainsi de leurs pairs et particulièrement trois régions sociosanitaires: Chaudière-Appalaches, l'Outaouais et les Laurentides. En plus des structures de concertation, ces derniers territoires ont mis de l'avant la formule des PLOS et/ou des plans de coordination. Chacun a aussi valorisé au moins un mode de gestion de cas pour coordonner ses réseaux sur le plan sous-régional: équipes de réadaptation/réintégration sociales, équipes fonctionnelles, groupes de coordination et gestionnaires de cas. La coordination interorganisationnelle n'a cependant eu que des effets bien relatifs sur l'ambiguïté des rôles et la flexibilité des ressources.

En fin de parcours, une appréciation de l'évolution de la qualité des services depuis l'émergence de la PSM et des PROS.SM a aussi été effectuée. Les régions qui ont le plus modifié leurs réseaux évaluent généralement mieux la qualité de leurs services. L'élaboration de modèles de coordination et les changements de rôles des acteurs ont souvent servi à contrer les lacunes du financement du système. Pour les régions trop démunies financièrement, la marge de manoeuvre en ces matières était néanmoins limitée. Il reste que les territoires ayant le plus introduit le modèle de l'intégration ne sont pas les plus pourvus financièrement: plusieurs territoires se retrouvent parmi les plus pauvres pour le programme de santé mentale. Ceci vient corroborer l'hypothèse qu'en situation de contrainte financière, la propension à l'arrimage des services et à la rationalisation des rôles organisationnels est plus élevée. Depuis l'amorce de l'opération des PROS.SM, la distribution des services pour les aspects psychosociaux a été améliorée dans toutes les régions. Les fonds de développement et de réallocation ont majoritairement été attribués pour renforcer les activités associés à ces dimensions de la santé mentale, particulièrement la réadaptation/réintégration sociales. La globalité des services a ainsi été quelque peu bonifiée. L'accent mis sur la décentralisation et la coordination des services a certes eu aussi des effets positifs sur la continuité et l'accessibilité des activités de santé mentale. Le renforcement du discours communautaire est également perçu comme ayant joué sur l'humanisation des services. Reste que beaucoup est à parfaire. Les clientèles ayant le plus

bénéficié de ces changements sont les personnes de 18 à 64 ans ayant des troubles de santé mentale sévères et persistants.

L'analyse des données met en relief un effet causal entre les mesures de l'implantation du modèle. Un niveau de décentralisation plus important favoriserait la diversification des modes de coordination, laquelle pousserait à intensifier la coordination des interventions en santé mentale. La décentralisation des services et la multiplication des formes de coordination ainsi qu'une meilleure adéquation des rôles au modèle auraient aussi des effets significatifs sur l'appréciation de la qualité des services (voir la figure 3). L'ensemble de ces mesures répond de l'intégration clinique d'un réseau. Nous avons déjà signalé, d'une façon générale, que les régions ayant le plus modifié leur réseau évaluent le mieux la qualité de leurs services (Chaudière-Appalaches, Outaouais, Laurentides, Bas-Saint-Laurent et Mauricie-Bois-Francs). De même, les quatre régions les plus décentralisées sous l'angle des services et de la planification se retrouvent parmi celles qui ont le plus investi dans la recherche de méthodes de coordination (Chaudière-Appalaches, Outaouais, Laurentides et Montérégie). D'après nos données, le développement de modèles de coordination semble aussi avoir un effet catalyseur sur l'intensité de l'intégration d'un réseau.

Figure 3: Chaîne causale des mesures de l'intégration clinique



Le modèle de l'intégration est ainsi bien en implantation au Québec. Nonobstant, le bilan de son actualisation demeure mitigé et le modèle n'est pas introduit au même niveau d'une région à l'autre. Les régions sociosanitaires peuvent être associées en trois groupes ayant mis en oeuvre à différents degrés le modèle. Les régions les plus avancées dans ce processus sont: Chaudière-Appalaches, l'Outaouais et les Laurentides. Viennent ensuite les régions: du Bas-Saint-Laurent, de la Montérégie, de la Mauricie-Bois-Francs, de la Côte-Nord et du Saguenay-Lac-St-Jean. Le 3^e groupe comprend enfin les régions: de Québec, de l'Estrie, de Montréal-Centre, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, de Laval et de Lanaudière. La transformation en court dans plusieurs régions sociosanitaires rend néanmoins provisoire cette classification.

Notamment, les territoires de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord, de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, de Laval, du Saguenay-Lac-St-Jean et de la Montérégie procèdent actuellement à l'opérationnalisation de projets d'organisation de services ou à l'évaluation de leur planification régionale. Soulignons par ailleurs, l'inéquité des territoires régionaux dans la transformation de leur système de santé mentale: ressources, étendue et spécificité géographique des régions, complexité des réseaux, nouveauté d'un espace régional, etc. Des régions sociosanitaires telles que Montréal et Québec possèdent, par exemple, un ratio de lits psychiatriques et un bassin de clientèles à diagnostic psychiatrique sévère, persistant et complexe importants, ce qui rend plus difficile la conversion de ces systèmes au modèle de l'intégration.

Pour parfaire le développement du modèle de l'intégration au Québec, les résultats de cette étude incitent donc à la consolidation de la décentralisation des services de santé mentale, à la révision des rôles des acteurs organisationnels, à la recherche de stratégies de coordination des services et de mobilisation des acteurs aux enjeux du système (corps médical, CH, intersectoriel et communautés) ainsi qu'à l'élaboration d'outils de gestion aidant à la planification régionale. Particulièrement, certains mécanismes d'arrimage de services demandent à être davantage examinés quant à leur impact sur le système de santé mentale, notamment le modèle de gestion de cas, les PLOS et les plans sous-régionaux de coordination. Les efforts en vue d'améliorer la communautarisation des services de santé mentale (la notion est toutefois à préciser), l'équité interrégionale et l'adéquation du système fonctionnel (intégration administrative) au modèle de l'intégration devraient aussi être poursuivis. Bien que cette recherche démontre la position centrale de l'intégration clinique, les outils de gestion et les pratiques médicales encadrent souvent les résultats attachés à cette forme d'intégration. Les intégrations clinique, administrative et du corps médical devraient ainsi être travaillées parallèlement. Enfin, pour parfaire l'intégration des différentes interventions en santé mentale dans les régions sociosanitaires du Québec, nous proposons un modèle de planification régionale des services de santé mentale en conclusion de cette thèse.

Bibliographie:

Aldrich, Howard, «Centralization versus Decentralization in the Design of Human Service Delivery Systems: A Response to Gouldner's Comment», In Rosemary C. Sarri and Yeheskel Hansfeld (eds.), *The Management of Human Services*, New York, Columbia University Press, 1978, pp. 51-79.

Austin, Carol. D., «Case Management: A systems Perspective», *The Journal of Contemporary Human Services*, Families in Society, Vol. 74, No. 8, October 1993, pp. 451-458.

Bégin, Clermont, «La voie sinueuse de la décentralisation du système de santé et de services sociaux au Québec», *Sciences sociales et santé*, vol. VII, no 4, décembre 1989, pp. 140-166.

Blanchet, L., M.C. Laurendeau, D. Paul et J.F. Saucier (pour le Comité de santé mentale du Québec, MSSS), *La prévention et la promotion en santé mentale. Préparer l'avenir*, Montréal, Gaëtan Morin Editeur, 1993, 138 pages.

Bolland, John M. and Jan V. Wilson, «Three Faces of Integrative Coordination: A Model of Interorganizational Relations in Community-Based Health and Human Services», *Health Services Research*, vol. 29, pp. 341-366.

- Bozzini, Luciano et Jacques Bourgault, «La décentralisation après la loi de 1991 sur les services de santé et les services sociaux au Québec», Service social, vol. 41, no 2, 1992, pp. 87-114.
- Brown, Linda, Gary B. Cox, William E. Jones, Jeanette Semke, David G. Allen, Lewayne D. Gilchrist and Jan Sutphen-Mroz, «Effects of Mental Health Reform on Client Characteristics, Continuity of Care and Community Tenure», Evaluation and Programm Planning, Vol. 17, No. 1, 1994, pp. 63-72.
- Callon, Michel et Bruno Latour, «Les paradoxes de la modernité. Comment concevoir les innovations», Prospective et Santé, hiver 1986, pp.13-25.
- Callon, Michel (dir.), «La protohistoire d'un laboratoire (chapitre 2)», La science et ses réseaux, Paris, La Découverte, 1989, pp. 66-116.
- Conrad, A. Douglas, «Coordinating Patient Care Services in Regional Health Systems: The Challenge of Clinical Integration», Hospital & Health Administration, Vol. 38, No. 4, Winter 1993, pp. 491-508.
- Cook, Karen S. «Exchange and Power in Networks of Interorganizational Relations», The Sociological Quarterly, vol. 18, no 1, 1977, pp. 62-82.
- Corin, E., L. Tessier, G. Séguin-Tremblay, L. Bozzini et F. Grunberg (pour le Comité de la santé mentale du Québec, MSSS), Sortir de l'asile, Les Publications du Québec, 1986, 480 pages.
- Davis, S. M. et P. R. Lawrence, Matrix, Addison-Wesley, 1977.
- Denis, Jean-Louis, François Champagne, André-Pierre Contandriopoulos, Ann Langley, Raynald Pineault et Claude Sicotte, Évaluation des effets du plan d'organisation des services en santé mentale en Montérégie, Protocole de recherche, GRIS, U de M, 1994, 20 pages.
- Denis, Jean-Louis, Marie-Josée Fleury, François Champagne, André-Pierre Cantandriopoulos, Ann Langley, Raynald Pineault et Claude Sicotte, «La planification et le changement. Analyse de l'expérience des PROS dans le système de santé au Québec», dans la La planification régionale des services sociaux et de santé. Enjeux politiques et méthodologiques, Collectif sous la direction de Mireille Tremblay, Hung Nguyen et Jean Turgeon, Les Publication du Québec, 1996, pp. 41-49.
- Dill A. and D. A. Rochefort, «Coordination, Continuity and Centralized Control: A Policy Perspective on Services Strategies to the Chronically Mentally Ill», Journal of Health and Social Behavior, 1989, Vol. 12, pp. 99-108.
- Donabedian, A., «Aspects of Medical Care Administration», Ann Arbor, Health Administration Press, 1973.
- Fasolo, Emma and Renato Frisanco, «Mental Health Care: Recent Developments in Italy», Social Policy & Administration, Vol. 25, No. 3, September 1991, pp. 218-226.
- Gillies, Robin R., et al., «Conceptualizing and Measuring Integration: Findings from the Health Systems Integration Study», Hospital & Health Services Administration, Vol. 38, Vol. 4, 1993, pp. 467-488.
- Gray, Barbara, «Conditions Facilitating Interorganizational Collaboration», Human Relations, vol. 38 (10), 1985, pp. 911-936.
- Haning, David, Ronald D. Perray and Sharon Stewart Johnson, «Mental Health Reform in Washington State: The First Steps», Evaluation and Programm Planning, Vol. 17, No. 1, pp. 37-42, 1994.
- Hérichon, Emmanuel, La décentralisation, Que Sais-je?, 1983.
- Knights, David, Fergus Murray et Hugh Willmott, «Networking as Knowledge Work: A Study of Strategic Interorganizational Development in the Financial Services Industry», Journal of Management Studies, vol. 30, no 6, 1993, pp. 975-995.
- Lamoureux, Jocelyne, Le partenariat à l'épreuve, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1994, 235 pages.
- Lesemann, Frédéric, «Décentralisation et services communautaires», Service social, vol. 38, no 2-3, 1989, pp. 23-45.
- Mercier, Céline et Deena White, «La politique de santé mentale et la communautarisation des services», Santé mentale au Québec, vol. XX, no. 1, 1995, pp. 17-30.
- Mintzberg, H., «Les nouveaux rôles de la planification, des plans et des planificateurs», Gestion, mai 1994, pp. 6-14.
- MSSS, Direction de la santé mentale (Voïtchovska, Claudia), Plans régionaux de services en santé mentale. Document d'appui à la planification, Québec, 1989.
- MSSS, Direction de la santé mentale (Voïtchovska, Claudia), Plans régionaux de services en santé mentale. Vision d'ensemble et canevas de planification, Québec, 1989.
- MSSS, La Politique de la santé mentale, Québec, 1989.
- MSSS-RRSSS, Rapport comité MSSS-Régies sur la gestion par programme, juin 1994, 43 pages.
- MSSS, La Transformation des services de santé mentale: orientation jusqu'en 2002. Document de consultation, novembre 1996, 27 pages.
- MSSS (Potvin, Nelson), Bilan d'implantation de la Politique de santé mentale, Québec, 1997.
- Nadeau, Jacques A., «1997, année du virage en santé mentale. La suppression de 3000 lits en soins psychiatriques se fera au détriment des patients, de leurs familles, des organismes communautaires et des CLSC», Le Devoir, janvier 1997.
- Pineault, Raynald et Carole Daveluy, La planification de la santé. Concepts, méthodes et stratégies, (2^e édition) Montréal, Éditions Nouvelles, 1995, 480 pages (la 1^{er} édition est parue en 1986).

- Posner, B.Z., «What's all the Fighting About? Conflicts in Project Management», IEEE Transactions on Engineering Management, Vol. 33, No 4, pp. 11-17.
- Pritchard, Colin and Alex S. Cunliffe, «Mental Health Policy», Social Policy & Administration, Vol. 17, No. 1, Spring 1983, pp. 32-45.
- Provan, Keith. G. and H. Brinton Milward, «Integration of Community-Based Services for the Severely Mentally and the Structure of Public Funding: A Comparison of Four Systems», Journal of Health Politics, «Policy and Law», Vol. 19, No. 4, Winter 1994, pp. 865-895.
- Provan, Keith. G. and H. Brinton Milward, «A Preliminary Theory of Interorganizational Network Effectiveness: A Comparative Study of Four Community Mental Health Systems», Administrative Science Quarterly, Vol. 40, 1995, pp. 1-33.
- Provan, Keith. G., Juliann G. Sebastian and H. Brinton Milward, «Interorganizational Cooperation in Community Mental Health: A Resource-Based Explanation of Referrals and Case Coordination», Medical Care Research and Review, Vol. 53, No. 1, March 1996, pp. 94-119.
- Rapport du Vérificateur général à l'Assemblée nationale pour l'année 1995-1996, Action du gouvernement relativement aux organismes communautaires de la santé et des services sociaux et à la santé mentale. Étude conduite auprès du MSSS et des Services sociaux et de trois régions régionales, tome II, Québec, 1996.
- Ross, Austin, «Organizational Linkages: Management Issues and Implications», New England Journal of Medicine, October 1979, pp. 812-818.
- Semke, Jeanette et al., «Impact of Mental Health Reform on Service Use», Evaluation and Programm Planning, Vol. 17, No. 1, pp. 73-79, 1994.
- Shore MF et MD Cohen, «The Robert Wood Johnson Foundation Program on Chronic Mental Illness: An Overview», Hospital and Community Psychiatry, 1990, vol. 41, pp. 1212-1216.
- Stern, Robert N., «The Development of an Interorganizational Control Network: The Case of Intercollegiate Athletics», Administrative Science Quarterly, vol. 24, June 1979, pp. 242-266.
- Tessier, Lise et Michèle Clément (pour le Comité de santé mentale du Québec, MSSS), La réadaptation psychosociale en psychiatrie. Défis des années 90, Montréal, Gaétan Morin Editeur, 1992, 238 pages.
- Turgeon, Jean, «Bientôt vingt ans de régionalisation: qu'ont donc eu à faire les C.R.S.S.S.?», Service social, vol. 38, no 2-3, 1989, pp. 220 à 245.
- Turgeon, Jean, «Les conditions de succès de la régionalisation des services de santé et des services sociaux. Soumission, opposition ou concertation? Les régions bientôt à la croisée des chemins», Troisième colloque du Réseau de recherche sociopolitique et organisationnelle en santé, Université Laval, octobre 1993, 22 pages.
- Turgeon, Jean et Patrick Sabourin, «Reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux au Québec: la place des regroupements interétablissements», Administration publique du Canada, vol. 39, 1996.
- Walden, Theodore, Katie Hammer and Carol H. Kurland, «Case Management: Planning and Coordinating Strategies», Administration in Social Work, Vol. 14, No. 4, 1991, pp. 61-71.
- White, Deena, Céline Mercier, Francine Desbiens et Marie-Claude Roberge, 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, 1994, 67 pages.
- White, Deena, «Les processus de réforme et la structuration locale des systèmes. Le cas des réformes dans le domaine de la santé mentale au Québec», Sociologie et société, vo. XXV, no. 1, 1993, pp. 77 à 97.
- White, Deena, Céline Mercier et Denise Roy, Concertation et continuité de soins en santé mentale: trois modèles montréalais, GRASP, Rapport présenté au Conseil québécois de la recherche sociale, Juillet 1993.

CHAPITRE 6 : Conclusion et discussion

Cette thèse s'est intéressée à l'impact de la régionalisation de la planification des services sur l'organisation du système de santé mentale, singulièrement au rôle des PROS dans ce processus pour la région de la Montérégie. Suite à la *PSM* (1989), les PROS sont mis en oeuvre comme les principaux instruments de planification de l'organisation des services de santé mentale dans les régions sociosanitaires. Nous avons tenté de mieux cerner cette intervention et ses effets sur l'organisation régionale des services de santé mentale. Pour ce faire, l'outil PROS.SM a d'abord été contextualisé dans le projet de transformation des services sociosanitaires et la démarche de planification régionale circonscrite pour la région de la Montérégie (chapitre 2). Trois articles ont ensuite été présentés pour évaluer la mise en oeuvre des PROS.SM et leur contribution à l'actualisation de la réforme de la santé mentale. L'article 1 s'est attaché à mieux comprendre les enjeux de la réforme de la santé mentale et l'intervention PROS.SM. Il a aussi procédé à l'évaluation de l'instrument pour la région de la Montérégie et élaboré une réflexion sur le rôle des outils de gestion, particulièrement de la planification, dans la transformation des systèmes sociosanitaires. Les structures de concertation, comme outils de gestion, et la dynamique organisationnelle ressortent comme des déterminants centraux du développement du *PROS.SMM*. L'article 2 s'est ainsi consacré à mieux cerner les formes de partenariat dans le domaine de la santé mentale. Dans l'article 3, nous avons voulu examiner à quel point la trajectoire de la mise en oeuvre des PROS.SM diffèrait d'une région sociosanitaire à l'autre. Un modèle d'organisation des services a aussi été proposé pouvant contribuer à mieux arrimer les services et à réformer le système de santé mentale.

Ce dernier chapitre propose de faire le bilan de la thèse. D'abord, les éléments qui la structurent sur les plans méthodologique, théorique et empirique sont présentés. Il s'agit de faire ressortir sa contribution quant à sa démarche et ses résultats ainsi que d'indiquer ses limites. Les deux sections qui suivent mettent en place certaines balises relatives à l'implication des résultats de recherche 1) pour l'analyse du positionnement stratégique des PROS.SM comme outils de régulation régionale et répondant aux enjeux de la réforme ainsi que 2) pour l'étude du processus de mise en oeuvre d'une réforme et de l'organisation des services de santé mentale. Certaines pistes de recherche sont ainsi préconisées pour la régulation de changements dans ce domaine. Notamment, l'importance de consolider et d'élaborer des mécanismes et des incitatifs organisationnels, afin de rencontrer les enjeux de la planification régionale, et d'établir un nouveau contrat social entre les acteurs du système est mise en relief. En fin de parcours, un modèle de planification des services pour la santé mentale est proposé. Bref, par l'amélioration des connaissances du champ de la santé mentale et

des mécanismes d'implantation d'une réforme, la thèse constitue un outil supplémentaire et à parfaire pour tous chercheurs ou gestionnaires intéressés à ces domaines d'étude.

6.1. Balises de la thèse

6.1.1. Cadres d'interprétation et limites méthodologiques

Par l'élaboration d'un cadre conceptuel complexe, la thèse conçoit l'analyse de l'implantation comme un processus systémique et dynamique (voir la figure 1 du chapitre 1). Le cadre conceptuel général de la thèse a traité l'objet d'étude, soit les PROS.SM, en plusieurs composantes, inscrites dans cinq niveaux d'analyse (contexte socio-économique, État/société civile, champ de la santé mentale, structure organisationnelle et individu) et interprétées selon trois dimensions (cadre d'interaction, institutionnalisation et pouvoir/culture). L'évaluation a notamment cherché à comprendre l'influence du contexte sur l'outil PROS.SM, considérant aussi les effets différentiels des composantes de l'intervention, venant comparer les projets de planification à la réforme véritablement implantée, délimitant les éléments critiques de l'intervention, etc. (Champagne *et al.*, 1992). La notion d'outils de gestion a été perçue relative à la planification, la prise de décision, la coordination, la gestion et l'évaluation d'un réseau. La notion est comprise quant à sa valeur technique - valeur d'usage de l'instrument - et quant à sa valeur institutionnelle - régulation de rapports sociaux ou de pratiques - (Mayer, dans Berry, 1983). Les PROS ont été jugés comme des outils de planification complexes et dynamiques, qui devraient améliorer le partenariat entre les différentes organisations oeuvrant en santé mentale et répondre plus adéquatement aux besoins des clientèles.

Le modèle d'analyse du PROS.SM avance que l'implantation de l'intervention devrait entraîner une meilleure coordination latérale du système, laquelle devrait générer des effets positifs en termes d'ajustement des ressources aux besoins et de qualité des services (voir la figure 3 du chapitre 1). L'outil PROS.SM a été décomposé en trois rubriques: 1) système de gestion et de financement par programmes et par objectifs/résultats, 2) système d'évaluation et 3) démocratisation et décentralisation. La démocratisation et la décentralisation du système de santé mentale s'appuient principalement sur le développement de structures de concertation établies au niveau régional et sous-régional. Ces dernières ont été, parmi les composantes de l'intervention, les outils qui ont eu les effets les plus significatifs sur la coordination latérale du réseau de santé mentale. Les systèmes d'évaluation, de gestion et de financement par programmes et par objectifs/résultats demeurent peu consolidés ou ont produit des effets peu structurants sous l'angle de la coordination latérale du

système, mis à part le fait qu'il y a eu une certaine flexibilité dans l'allocation des ressources. D'une façon générale, l'outil PROS.SM appert d'implantation mitigée.

Le PROS.SM a ainsi permis d'améliorer la coordination latérale du système de santé mentale. Les relations entre les distributeurs de services et entre ceux-ci et l'instance régionale s'avèrent plus fréquentes. Il y a eu une certaine augmentation de la flexibilité dans l'allocation des ressources et de l'ambiguïté des rôles. Cette situation a toutefois favorisé une augmentation des conflits interorganisationnels, une satisfaction et une motivation mitigées face aux efforts de restructuration du réseau et une certaine surcharge du travail. La multiplication de modèles de coordination de services semblerait une voie à la diminution des conflits interorganisationnels et à l'augmentation de la satisfaction et de la motivation des acteurs dans le réseau. Dans l'article 3, nous soutenons que les régions sociosanitaires ayant le plus investi dans la recherche de modèles de coordination sont les plus satisfaites des effets de la planification régionale. Logiquement, un meilleur développement des systèmes d'évaluation, de gestion et de financement par programmes et par objectifs/résultats devrait aussi entraîner des effets plus significatifs sur la flexibilité de l'allocation des ressources et l'ambiguïté des rôles. Étant donné ce bilan de la mise en oeuvre de l'outil et de la coordination latérale, les effets en termes d'ajustement des services aux besoins et de qualité des services n'ont pas été drastiques. Néanmoins, le système de santé mentale répond actuellement davantage aux besoins des personnes (voir la section 6.1.3).

L'article 1 reprend l'ensemble des composantes du PROS.SM et du modèle général d'analyse de la thèse pour évaluer la mise en oeuvre du *PROS.SMM* et sa contribution à la réforme de la santé mentale. L'intérêt est ici de mettre en relief l'impact relatif de l'intervention d'autres conditions d'implantation d'un changement stratégique (environnement, réseau...). L'article 2 examine spécifiquement le degré de démocratisation, de décentralisation (variables de l'outil PROS.SM: schéma 1) et de coordination latérale du système. Les structures de concertation ayant été rapportées comme les outils principaux du développement du *PROS.SMM* et la dynamique organisationnelle ressortant comme l'un des plus importants déterminants de son implantation, nous avons cru pertinent de s'attarder à mieux comprendre ces dimensions du modèle. L'article 3, qui étudie les planifications régionales de l'ensemble des régions sociosanitaires, traite de l'outil de gestion à travers sa composante de l'intégration administrative, de la coordination latérale via l'intégration clinique et du corps médical au système. Les effets des planifications régionales quant à l'ajustement des services aux besoins et à la qualité des services sont aussi regardés.¹

¹L'annexe 4 tente de coordonner les variables générales d'opérationnalisation de la recherche (figures 1 et 3) et celles des articles.

L'analyse de la mise en oeuvre des PROS.SM et leur contribution à la structuration de la réforme des services de santé mentale s'est orientée autour de trois problématiques de recherche. D'une part, le premier article a questionné la capacité des outils de gestion à introduire un changement stratégique; le deuxième article, le partenariat comme mode de régulation. Le chapitre 5 a soulevé la problématique de l'organisation d'un réseau à plusieurs acteurs organisationnels, d'autant plus que les acteurs oeuvrant dans ce domaine d'intervention sont de culture et de pouvoir fort différenciés. L'ensemble de la thèse porte ainsi à réfléchir sur les processus de mise en oeuvre d'une réforme et sur les méthodes à examiner pour rendre compte de son développement. Le changement organisationnel, la collaboration interorganisationnelle (CIO), la planification régionale et l'évaluation sont donc les domaines d'intérêt de la thèse qui s'inscrit dans l'analyse de l'implantation, dans la théorie organisationnelle et dans le paradigme de la complexité.

La thèse s'appuie sur différentes approches théoriques. D'une façon générale, quatre courants de pensée forment les balises d'interprétation de la recherche: le structuralisme, l'interactionnalisme, le fonctionnalisme et l'institutionnalisme. L'aspect macrosociologique et microsociologique des phénomènes sociaux est ainsi considéré. La réalité est aussi conçue sous l'angle des relations de pouvoir et comme un construit social. Les organisations, formant les sociétés, poursuivent des buts et sont imprégnées d'une culture particulière; leur évolution est influencée par leurs cadres d'interaction. L'article 1 est structuré autour de la théorie sur le changement organisationnel, quatre perspectives ayant été retenues: l'approche contingente (Drazin et Van de Ven, 1985; Newman et Noble, 1990; Denis et Champagne, 1993), incrémentielle (Johnson, 1988; Quinn et College, 1992; Tushman et Romanelli, 1985; Mintzberg, 1978), contextualiste (Pettigrew, 1985) et institutionnaliste (Greenwood et Hinings, 1993, 1996; Oliver, 1991, 1992; Scott et Meyer, 1991; Berger et Luckmann, 1986; Bourdieu, 1975; DiMaggio et Powell, 1991). La théorie sur l'innovation scientifique (Callon et al., 1986, 1989; Kuhn, 1983; Power, 1996) et sur les outils de gestion (Berry, 1983; Charue-Duboc, 1994; Mintzberg, 1991, 1994; Greiner et Bhambri, 1989; Denis et al., 1992) sert aussi de canevas à ce premier article.

L'article deux, qui s'intéresse aux relations interorganisationnelles, s'est inspiré du modèle des échanges interorganisationnels («the exchange perspective» - Levine et White, 1961; Thompson, 1969; Jacobs, 1974 -), de l'économie politique («the power-dépendency approach» - Benson, 1975; Stern, 1979; Schmidt et Kochan, 1977; Lawless et Moore, 1989; Whetten, 1981; Hall et al., 1977 -) et des déterminants de la CIO (Gray, 1985; McCann, 1983; Denis et al., 1990) ainsi que d'auteurs étant reliés à la problématique du partenariat (Brachet, 1995; Tremblay, 1995; White et al., 1993, 1994; Lamoureux, 1989; Germain et Hamel, 1985; Godbout, 1985; Fortin, 1994). Le troisième article, articulé autour du modèle de l'intégration des services de santé mentale et de son

implantation au Québec, a surtout été réalisé à partir de la théorie sur ce modèle (Provan *et al.*, 1994, 1995, 1996; Shore et Cohen, 1990; Dill et Rochefort, 1989; Aldrich, 1978; Bolland and Wilson, 1994; Gillies *et al.*, 1993; Conrad, 1993; Ross, 1979).

La recherche s'est aussi constituée à partir de sources primaires élaborées par le ministère, les instances régionales ou les dispensateurs de services et d'un nombre considérable d'entrevues (n=160). Pour rendre compte de la nature systémique et dynamique de l'intervention, la stratégie de triangulation de l'information a été retenue. Les études de cas (la Montérégie - chapitres 3 et 4 -) et l'enquête descriptive (les quinze régions sociosanitaires - chapitre 5 -) ont été réalisées avec des groupes variés de représentants de la santé mentale. Les diverses catégories de détenteurs d'enjeux ont été interrogées, spécifiquement pour la recherche en Montérégie: 1) ceux qui ont mis en oeuvre et coordonné le PROS.SM et qui répondent au suivi d'implantation de l'outil (les gestionnaires des instances régionales et les comités de concertation); 2) ceux qui produisent les services, pouvant être affectés positivement par l'intervention (les groupes communautaires, les CLSC, la santé publique et l'intersectoriel) ou négativement par les projets planificateurs (les départements de psychiatrie et les centres hospitaliers) et les usagers des services et leurs proches. Chacun des groupes d'acteurs, étant imprégné de visions et de finalités divergentes, a ainsi pu éclairer le processus de planification régionale sur des aspects différents, parfois en opposition.

Enfin, bien que cette thèse ait demandé un effort substantiel pour mieux comprendre l'impact de la planification régionale et des PROS.SM sur l'organisation des services de santé mentale, certaines limites méthodologiques sont à préciser. D'une part, cette recherche ne permet que de donner un portrait provisoire de l'organisation des services de santé mentale, puisque les réseaux régionaux sont en transformation. Par exemple, les régions sociosanitaires de l'Abitibi-Témiscamingue et de la Côte-Nord ont élaboré des projets originaux d'arrimage de services de santé mentale. Comme ces planifications n'avaient pas été mises en oeuvre lors de notre collecte de données, notre analyse n'en tient pas compte. La région de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine a aussi déposé récemment sa planification régionale et trois régions sont actuellement en processus d'évaluation de leur PROS.SM (Laval, le Saguenay-Lac-St-Jean et la Montérégie). Le *Bilan d'implantation de la PSM* (1997) vient également d'être rédigé; des répercussions sont certes à attendre. D'autre part, l'article sur l'implantation du modèle de l'intégration dans les territoires régionaux ne tient que peu compte de l'iniquité des configurations régionales (ressources, étendue et spécificités géographiques du territoire, complexité des réseaux, nouveauté de l'espace régionale, etc.) et il s'appuie sur un terrain limité. Certaines mesures d'analyse sont aussi moins étayées que d'autres. Particulièrement, c'est

le cas de l'indicateur de l'équité intrarégionale, de l'ambiguïté des rôles, de la flexibilité des ressources et de la qualité des services.

6.1.2. Contribution théorique

D'abord, la thèse permet de mieux comprendre la dynamique de l'organisation des services de santé mentale et de mettre en perspective l'ampleur des changements à introduire dans le réseau avec les PROS.SM. Le chapitre deux, par l'analyse d'un relevé de littérature portant sur le système sociosanitaire, a notamment contextualisé les PROS.SM. L'insistance de la réforme à développer des projets de modification de régulation par des voies organisationnelles est particulièrement mise en relief. Les critiques de la réforme soulignent la négligence des réformateurs envers les philosophies de pratique et à suffisamment mobiliser les distributeurs de services les plus influents du système (Godbout, 1989; Lesemann et Lamoureux, 1989; Bozzini, 1990; Corin *et al.*, 1990; Lamoureux, 1994). L'analyse technocratique des problèmes et des solutions du réseau est aussi interprétée prendre le pas sur l'analyse politique: «les commissaires de la commission Rochon s'imaginaient qu'un sursaut de rationalité, d'appel au bien commun puissent mettre au pas des intérêts particuliers si puissants (Lesemann et Lamoureux, 1989, p. 62)». Le bilan de la participation apparaît aussi controversé (Forest *et al.*, 1994), pourtant la réforme en élargit les bases sans en chercher les mécanismes de réussite. La régionalisation du système, même après la *Loi 120*, est également jugée comme insuffisante: les régies demeurent trop souvent pieds et mains liés dans leur gestion régionale (Bozzini et Bourgault, 1992; Turgeon et Anctil, 1994; Turgeon, 1989, 1993; Begin, 1989; White *et al.*, 1994; Larivière, 1993). L'analyse de la dynamique du système sociosanitaire et de la santé mentale met ainsi en perspective les balises d'implantation du PROS.SM.

Pour mieux comprendre les changements visés par les PROS.SM (sections 3.1 et 5.3), la réforme de la santé mentale a été associée au modèle de l'intégration des services. L'article 1 et 3 s'attardent à mieux identifier cette analogie et les contours de la notion de PROS. Ce modèle est tiré de la littérature américaine sur l'organisation des réseaux de santé mentale. Bien que la notion soit fort utilisée dans ce domaine, elle est évaluée comme mal définie, ce qui rend difficile son opérationnalisation et l'évaluation de ses effets (Aldrich, 1978; Bolland and Wilson, 1994). La thèse s'est arrêtée à consolider les balises du modèle et le rendre applicable dans le contexte québécois. Deux volets au modèle ont ainsi été ajoutés comme mesures de l'intégration: l'adéquation des rôles au modèle et le niveau de décentralisation (des services et de la planification). Des formes de CIO ont aussi été définies catégorisées dans six modes.

Le modèle de l'intégration des services et la réforme de la santé mentale au Québec ont été caractérisés comme supportant une structuration de réseaux coordonnés, continus et décentralisés, orientés par une approche biopsychosociale. Dans le contexte québécois, l'introduction du modèle vise une modification d'archétype de l'organisation des services de santé mentale. La réforme tend à mettre en oeuvre un modèle axé sur une logique politique et une gestion régionale et sous-régionale par programmes et par résultats, plutôt qu'un modèle basé sur une logique professionnelle et une gestion par objectifs organisationnels (quant à son schème de gestion); un modèle axé sur la notion de santé mentale, les services communautaires avec des pôles de spécialisation et un système intégré à plusieurs acteurs organisationnels, plutôt qu'un modèle qui s'appuie sur la notion de maladie mentale, les services psychiatriques et un système hospitalocentrique (quant à son schème interprétatif - voir la section 3.1 -). La réforme soutenue par la *PSM* et les *PROS.SM*, via le modèle de l'intégration, est ainsi apparue substantielle.

Dans le modèle, l'intégration des services est assumée par un dispensateur unique qui coordonne l'ensemble des services pour une clientèle d'un territoire. Au Québec, l'intégration des services est plutôt réalisée par un ensemble de distributeurs; ceux-ci organisent leurs services en réseau, orchestrés par une régie régionale. Le modèle à distributeur unique est jugé plus efficient que la structure à plusieurs acteurs organisationnels (Provan et Milward, 1994, 1995; Provan *et al.*, 1996; Shore et Cohen, 1990; Dill et Rochefort, 1989). Nous avons soutenu que l'existence d'une instance planificatrice et coordonnatrice de services minimisait les effets négatifs associés à un tel type de modèle. Ce dernier comporte aussi des avantages significatifs. Il s'avérerait plus flexible, plus créatif et moins bureaucratique (White *et al.*, 1993). Il est aussi capable de mieux s'adapter aux changements (Simon, 1962, dans Provan et Milward, 1995). L'association de plusieurs acteurs à l'organisation d'un réseau complexifie ainsi sa gestion, mais présente une meilleure diversité et accessibilité des services pour la clientèle.

Les *PROS.SM* répondent également à des objectifs démocratiques, structurels et technocratiques d'organisation de services. La poursuite de ces objectifs vise à reconfigurer le système, ce qui nous a permis d'associer les planifications au modèle de l'intégration. Les *PROS.SM* supportent le développement d'une gamme de services (de la prévention/promotion à l'intégration/réadaptation sociales), de services communautaires avec des pôles de spécialisation et de systèmes intégrés (réseaux régionaux et sous-régionaux). Les objectifs technocratiques sont relatifs à l'amélioration des connaissances en termes de besoins et de services et de la pertinence, de la qualité et de l'efficience des activités de santé mentale ainsi qu'à la précision des mandats des acteurs et des buts et des résultats poursuivis pour le réseau. Les enjeux de démocratisation correspondent à l'implantation de l'équité intrarégionale, interrégionale et interprogramme, d'une gestion en

partenariat et de l'ajustement des ressources aux besoins de la clientèle. Les PROS.SM ont aussi été caractérisés comme des outils régionaux de planification formalisée et émergente (voir la section 6.2). Les PROS.SM comportent une planification stratégique, tactique et opérationnelle. Les documents ont presque tous un minimum de 200 pages et ils ont été élaborés, pour la plupart, en deux années. Configurant l'outil, ont aussi été identifiés les approches par programmes et par objectifs/résultats, les structures de concertation et de coordination et les systèmes d'information et d'évaluation.

L'articulation de réseaux régionaux et locaux de santé mentale est ainsi orchestrée par une instance régionale et orientée selon le modèle de l'intégration des services. L'organisation des services est modulée autour d'un nouveau partenariat: entre les distributeurs de services de santé mentale et entre les forces locales et centrales de régulation du système. Le partenariat, objet du deuxième et du troisième articles de la thèse, est apparu comme l'une des tactiques principales de gestion du système. Le partenariat a été jugé plus propice à recentrer les intérêts du réseau sur les besoins de la clientèle (les sociétés civiles étant mieux représentées), tout en respectant la capacité financière de l'état et des enjeux d'équité. L'incorporation de forces locales se développe par l'institutionnalisation du processus de décentralisation (régionalisation et sous-régionalisation) et par l'association des organismes communautaires et des CLSC à la distribution des services de santé mentale. Le statut mandaté du partenariat (*PSM*) a mis en relief le rôle critique de l'instance régionale qui doit établir les conditions favorables à la CIO. Le fait qu'une réforme soit mandatée a été identifié soit comme une force (la réforme étant institutionnalisée), soit comme une faiblesse (si les acteurs n'y sont pas disposés, la réforme aboutit à peu d'effets). La convergence ou la divergence d'un réseau répond de l'impact d'une telle CIO. Pour répondre ou contrebalancer les visées de la réforme, les coalitions sont aussi apparues comme la principale stratégie des acteurs organisationnels (notamment, les coalitions entre les organismes communautaires et entre ces derniers et les CLSC).

6.1.3. Contribution empirique

La thèse focalise sur l'importance des déterminants et de la stratégie dans le processus de mise en oeuvre de la planification régionale et du modèle de l'intégration. D'une façon générale, le contexte financier, paradigmatique et de régulation est actuellement perçu propice à l'implantation de changements. La décentralisation des services est notamment de plus en plus mise de l'avant comme tactique de résolution des problèmes du réseau par une majorité d'acteurs (régionalisation et sous-régionalisation). L'institutionnalisation du concept de santé mentale pousse aussi à modifier l'organisation des services, singulièrement la distribution des rôles des acteurs organisationnels. Le

contexte de compression financière favorise aussi la rationalisation de ces derniers et l'arrimage des services, d'autant plus qu'en raison de la pauvreté des services de santé mentale, le budget global de ce secteur demeure peu touché par les compressions budgétaires. Ce processus est surtout significatif depuis les plans de transformation. De plus en plus, les CH voient leur mission circonscrite en santé mentale; au contraire, le mandat des CLSC et des organismes communautaires en ce domaine s'étend. Le support politique envers la réforme demeure, pour sa part, controversé. La réforme est institutionnalisée, puisqu'elle résulte d'une politique ministérielle (*PSM*, 1989). Néanmoins, les acteurs organisationnels les plus influents du secteur demeurent à sa périphérie (les professionnels des réseaux psychiatriques).

L'implantation de la réforme est aussi fortement contrainte par la pauvreté générale du système de santé mentale (dans certaines régions plus que dans d'autres), la structuration du système à forte tendance hospitalocentrique et les pratiques professionnelles. L'intérêt mitigé des acteurs à former des réseaux intégrés de santé mentale perturbe aussi la mise en oeuvre de la réforme. Particulièrement, les organisations reconnaissent peu l'expertise et la compétence des autres acteurs oeuvrant dans le domaine de la santé mentale; les organismes fonctionnent davantage sur un mode individualiste et concurrentiel. Des conflits interorganisationnels importants existent notamment entre les CH et les groupes communautaires, mais aussi entre ces premiers et les CLSC. Ces conflits sont considérés comme l'un des perturbateurs les plus importants de la coordination des services. Par ailleurs, les structures et les processus organisationnels ne sont pas toujours adaptés aux projets de modification de régulation préconisés par la réforme. L'approche par programmes n'a notamment pas été vraiment introduite dans le réseau de distribution de services, quoiqu'elle le soit au niveau de la gestion régionale. Les systèmes d'information ne sont pas aussi toujours jugés adéquats et suffisants à la gestion régionale. Le statut octroyé au corps médical dans le réseau n'est pas de même caractérisé adéquat pour l'arrimage des services, etc. Enfin, le manque de dispersion du pouvoir dans le système de santé mentale est vu comme allant à l'encontre de la consolidation de la CIO et de l'autonomie régionale.

La CIO appert, malgré tout, en voie de construction un peu partout en région. L'analyse des dynamiques locales en Montérégie a mis en perspective l'influence des configurations locales sur le partenariat. Ainsi, la configuration particulière de certaines sous-régions (ou régions) vient influencer la route du partenariat et donc celle du développement du PROS.SM. En Montérégie, les sous-régions les plus intéressantes en ces matières (Châteauguay, Richelieu-Yamaska - St-Hyacinthe - , Haute-Yamaska et Brôme Missiquoi - Granby et Cowansville - et Longueuil) apparaissent mieux équilibrées sous l'angle de la dispersion du pouvoir entre les organisations (en termes de richesse et de capital politique), ont davantage institutionnalisé leur participation au sein de structures de

concertation et entretiennent une forte vision quant à leur champ d'appartenance (médical ou alternatif). Une vision davantage alternative semble ainsi accompagner la consolidation des forces communautaires, laquelle pousse à l'augmentation des conflits, ce qui n'est toutefois pas à l'avantage de la CIO. Malgré ces divergences de philosophies et de pratiques d'intervention, certaines expériences partenariales pertinentes ont néanmoins pu être notées, notamment dans les sous-régions de Châteauguay et de St-Hyacinthe pour la Montérégie et dans l'Outaouais et la région de Chaudière-Appalaches.

Pour mettre en oeuvre leur PROS.SM et le modèle de l'intégration, les principales stratégies des instances régionales ont été de décentraliser les services, d'améliorer l'arrimage des services et de modifier les rôles des acteurs organisationnels. Particulièrement, des comités régionaux et sous-régionaux de concertation ont été introduits dans une majorité de régions sociosanitaires et plusieurs autres modèles de CIO: les fusions, la gestion de cas, les ententes de coordination, les programmes conjoints et les références (voir le tableau 2 du chapitre 5). En Montérégie et dans les Laurentides, la formation a été particulièrement privilégiée pour conscientiser les acteurs à modifier l'organisation du secteur. L'approche par programmes a aussi été élaborée, spécifiquement en Montérégie, pour reconfigurer les services et pour améliorer l'arrimage des activités entre partenaires. La formule tripartite dans les structures de concertation, ou du moins bipartite (établissements et organismes communautaires), est aussi valorisée pour modifier la dynamique du secteur. Les acteurs hospitaliers sont ainsi mobilisés avec les groupes communautaires et l'intersectoriel pour planifier et coordonner les services de santé mentale. D'une façon générale, les usagers ont peu participé aux processus de planification régionale.

L'implantation des PROS.SM et du modèle de l'intégration est apparue partout mitigée. D'abord, la mise en oeuvre de ces premiers était conditionnelle, pour toutes les régions sociosanitaires, à l'allocation de fonds de développement substantiels (fonds de la *PSM* et de réallocations interrégionales) qui ne leur ont pas été vraiment octroyés. Les PROS.SM, élaborés au tournant de la décennie 1980-1990, ne constituent ainsi pas des outils de rationalisation des réseaux, mais plutôt de développement où tous les distributeurs y trouvent leurs intérêts. Étant donné ce constat, les plans n'ont été qu'en partie actualisés. Néanmoins, dans toutes les régions, les budgets de développement ou de réallocation ont été donnés majoritairement aux organismes communautaires et aux CLSC, ce qui répond aux objectifs de communautarisation des services de la *PSM*. Le niveau de la réadaptation/réintégration sociales a sensiblement été consolidé. La qualité des services ressort aussi comme ayant été améliorée; les démarches sont néanmoins à parfaire pour qu'il se produise, en cette matière, des effets plus substantiels (voir les sections: 3.4.2 et 5.6).

Bref, les PROS.SM ont donné un élan de démocratisation et de reconfiguration au réseau, mais beaucoup reste à faire. La planification régionale en santé mentale a mobilisé les acteurs des réseaux sur les enjeux du système et sur les mécanismes à mettre en oeuvre pour répondre aux objectifs de reconfiguration. Elle est venue consolider la gestion régionale et transmettre l'impératif de penser en réseaux pour l'organisation des services (réseaux régionaux et sous-régionaux). Les PROS.SM, comme outils de gestion, apparaissent ainsi encore d'actualité pour le projet planificateur supporté, particulièrement pour la coordination et la communautarisation des services. Les plans de transformation, dans les régions sociosanitaires, poursuivent et renforcent les objectifs de reconfiguration et de rationalisation soutenus par les PROS.SM, réactualisant leurs contours financiers et circonscrivant les rôles des acteurs.

Par exemple, en Montérégie, l'instance régionale n'a reçu, grosso modo, que 5% des fonds de développement revendiqués dans le PROS.SM. Ces fonds ne représentent que 15% du budget total du programme de santé mentale. Avec une marge de manoeuvre si peu considérable, le réseau montérégien n'a pas pu être restructuré substantiellement, d'autant plus que la région est l'une des plus pauvres en ces services. La région demeure néanmoins l'une de celles qui a le plus effectué le virage vers la communautarisation des services. La Montérégie consacre plus de 60% de son budget à des services autres que pour l'hospitalisation. Elle est aussi l'une des régions qui a le plus consolidé les organismes communautaires dans la distribution des services de santé mentale. De plus en plus, les acteurs sont incités à organiser leurs activités en fonction de réseaux de dispensation de services (régionaux et locaux) et des besoins des clientèles. Et la région régionale s'outille pour influencer les distributeurs des activités sociosanitaires dans cette voie, au-delà des contraintes financières et de l'inéquité des ressources.

En plus de la Montérégie, l'analyse de l'implantation du modèle de l'intégration des services dans les régions sociosanitaires (article 3/chapitre 5) fait ressortir que les régions de l'Outaouais, de Chaudière-Appalaches, des Laurentides, du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay-Lac-St-Jean, de Québec et de la Mauricie ont fait preuve d'initiative pour améliorer l'intégration clinique de leurs services de santé mentale. Les intégrations administrative et du corps médical au modèle sont apparues partout en région peu développées. Enfin, trois groupes de régions sont identifiés avoir implanté à des degrés différents le modèle de l'intégration. Les régions les plus avancées dans ce processus seraient: Chaudière-Appalaches, l'Outaouais et les Laurentides. Viennent ensuite, les régions du Bas-Saint-Laurent, de la Montérégie, de la Mauricie, de la Côte-Nord et du Saguenay-Lac-St-Jean (le 3^e groupe comprend les régions de Québec, de l'Estrie, de Montréal-Centre, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, de Laval et de Lanaudière). Cette classification n'est que provisoire puisque les réseaux de santé mentale connaissent actuellement

des modifications de leurs services. Et elle ne tient que peu compte de l'inéquité de la transformation qu'implique la spécificité structurelle, historique et géographique des différents territoires sociosanitaires. Par ailleurs, les régions ayant le plus introduit le modèle de l'intégration ne se retrouvent pas parmi les plus pourvues financièrement. Plusieurs sont même classées parmi les territoires les plus pauvres pour leur programme de santé mentale. Ce constat vient corroborer l'hypothèse qu'en situation de contrainte financière, la propension à la coordination des services et à la rationalisation est plus importante. L'élaboration de modèles de coordination et les changements de rôles des acteurs servent ainsi à contrer les lacunes du financement du système.

6.2. Impact des résultats de recherche sur le positionnement stratégique des PROS.SM comme outils de régulation régionale et répondant aux enjeux de la réforme

D'abord, l'analyse de la mise en oeuvre des PROS.SM nous amène à revoir les contours de la planification. Les PROS.SM ont été des exercices importants de planification des services, mobilisant l'ensemble des dispensateurs pour une période d'environ deux ans. Les PROS.SM ressortent ainsi comme des outils émergents de planification, mais tout à la fois, comme des instruments fort formalisés de l'organisation de ces services. Autres que les objectifs poursuivis par le système, un portrait de l'organisation des services et de ses principales lacunes et un inventaire des besoins financiers du réseau à répartir par niveaux de services et par distributeurs, la planification envisageait les modalités de sa mise en oeuvre selon un échéancier et une procédure évaluative. L'implantation mitigée des PROS.SM et leur obsolescence pour les volets davantage tactiques et opérationnels questionnent donc l'adéquation à tant investir dans un tel processus et à mobiliser tant d'acteurs pour une telle période. D'ailleurs, les recherches théoriques considèrent de plus en plus la planification comme un processus émergent (dans ses phases d'élaboration et d'implantation), qui s'élabore et s'implante dans un même temps et graduellement (processus incrémentiel - Mintzberg, 1981, 1994 -). Cette forme de stratégie permet que les protagonistes de la réforme consolident leur expertise et leur crédibilité, 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 réforme et de modifier leurs pratiques dans le sens de l'évolution envisagée, ce qui permet d'améliorer la légitimité du projet et son support politique (Quinn et College, 1992). Cette forme de planification est davantage un processus de négociation des enjeux du changement, tenant compte de la réceptivité du projet de reconfiguration (l'environnement et les acteurs - Pettigrew, 1985 -).

La planification en santé mentale dans plusieurs régions tend aujourd'hui à être moins ambitieuse. L'exercice PROS.SM semble par ailleurs avoir démontré la pertinence de décentraliser les volets

opérationnel et tactique aux acteurs locaux (voir la section 6.4). Les PROS.SM ont donc été des exercices d'apprentissage du processus de planification régionale, les planifications postérieures à ces derniers en témoignent.¹ Les modifications préconisées dans la démarche de planification font qu'il n'est maintenant plus pertinent, pour certaines régions, de dénommer «PROS» ce processus. La politisation des PROS.SM (débat entre les acteurs, surtout entre les établissements et les alternatives) a aussi contribué à rendre le nom de l'outil (PROS) impopulaire aux yeux de plusieurs. L'association des organismes communautaires à la mise en oeuvre des PROS.SM questionne aussi le processus de planification, ces derniers ayant contesté la planification technocratique des régions et l'approche par programmes. Il appert que ces ressources doivent être coordonnées au réseau public, mais que la planification leur concède un espace de créativité et de liberté. Une planification davantage décentralisée pourrait constituer une voie vers cette direction.

Ainsi, plus d'une région régionale ont plutôt développé, pour leurs autres programmes de santé, des plans d'action. Selon les régions, cette méthode de planification des services sociosanitaires peut plus ou moins différer de ce qu'est un PROS.SM. Plus souvent qu'autrement, les objectifs de planification et la consultation se retrouvent davantage ciblés que dans ces derniers. Mis à part les plans de transformation qui tendent à couvrir l'ensemble de la gestion des secteurs de la santé, les programmes ne font aussi pas tous l'objet d'une planification distincte. À ce jour, seulement une minorité de régions ont développé ce processus ou tendent à son implantation. D'après Berthiaume (dans Tremblay *et al.*, 1996), «en date de 1995, quatre commandes de PROS ont été faites aux régions par le MSSS, soit en santé mentale, en déficience intellectuelle, en alcoolisme et autres toxicomanies et en déficience physique, toutes dans le cadre d'orientations ministérielles spécifiques à chaque problématique (p. 61)».

L'étude des PROS.SM soulève également la question du potentiel catalyseur des outils de gestion à reconfigurer un domaine d'intervention, beaucoup de critiques ayant été effectuées à l'endroit des voies organisationnelles comme solution à la mise en oeuvre d'une réforme. Répondre à cette interrogation implique d'abord de retracer l'importance et la pertinence des outils de gestion dont il est question. L'article 1 a mis en perspective, sur le plan théorique, la fluidité de la notion d'outil de gestion, mais néanmoins sa potentialité de structuration (Berry, 1983; Charue-Duboc, 1994). Nous avons affirmé que le rôle des outils de gestion dans l'introduction de changements dépendait de leur consolidation théorique (conception du processus) et technique (mécanismes de support au développement du processus), de leur degré de complexité (d'un seul instrument à un système

¹Nous pouvons par exemple penser en Montérégie au *Plan régional d'organisation des services en déficience intellectuelle* (1995), au *Plan régional d'organisation des services pour les personnes âgées* (1996) et au *Plan régional d'organisation des services pour les personnes présentant une déficience physique* (1995) et en Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine au document *La Transformation des services de santé mentale: Orientations jusqu'en 2002* (1996).

d'outils), de diffusion (promotion dans le réseau) et d'institutionnalisation (intégration et légitimation dans les pratiques et les visions). Malgré que les PROS.SM apparaissent peu consolidés dans leurs dimensions théorique et technique (conception de la planification, approches par programmes et par objectifs/résultats, systèmes d'évaluation et d'information...) et peu implantés (ex.: la Montérégie n'a reçu que 5% des fonds de développement revendiqués pour réaliser sa planification), ils ont tout de même produit des effets intéressants dans le système. Par ailleurs, les régions qui ont davantage investi dans la recherche et la consolidation d'outils de gestion ont plus rencontré leurs objectifs de planification (article 3).

Les PROS.SM sont des instruments complexes. L'interprétation de l'outil est figée, d'une part, à son contexte d'élaboration (par exemple: le *PROS.SMM*, 1991). D'autre part, l'outil est perçu en tant que mouvement de réforme (planification émergente): la réforme PROS.SM qui s'intègre au plan de transformation pour le volet de la santé mentale. L'instrument tend à se ramifier dans l'ensemble du système pour en modifier la régulation. L'instrument est aussi fort diffusé: les principaux acteurs du réseau le connaissent et s'en servent comme référent lors de la prise de décision dans les structures de concertation; des formations ont également été données à nombre d'intervenants et de gestionnaires du réseau. Le PROS.SM est enfin jugé d'institutionnalisation mitigée, car son impact sur les pratiques d'intervention, les comportements et les visions organisationnels, l'offre et la demande de services n'est qu'en voie d'émergence (dans certaines régions plus que dans d'autres). La mise en oeuvre du *PROS.SMM* et ses effets s'inscrivent donc dans un processus incrémentiel (voir la section 6.3).

Certains outils de gestion sont aussi considérés plus structurants que d'autres. Par exemple, les structures de concertation sous-régionales en Montérégie ont été perçues plus pertinentes pour les services de santé mentale depuis leur dernière modification, soit depuis l'arrimage des comités d'experts aux tables sous-régionales. Les formules d'équipes de réadaptation/réintégration sociales, d'équipes fonctionnelles, de gestionnaires de cas et de groupes de coordination administrative et clinique, les plans locaux d'organisation de services et les plans sous-régionaux de coordination ressortent aussi comme fort structurants. D'autres mécanismes de gestion, n'allant pas nécessairement dans le sens de la réforme, poussent aussi à réguler les pratiques professionnelles. Le paiement à l'acte joue, par exemple, à l'encontre de l'arrimage des services et du monitoring entre les professionnels du réseau. L'approche par programmes, conçue comme un ensemble d'activités élaborées par plus d'un acteur organisationnel afin de répondre à des problèmes et des objectifs précis et communs, pourrait également faciliter la coordination des services interorganisationnels. Un tel système par programmes devrait néanmoins comporter une nomenclature assez étendue pour superposer à la structure organisationnelle un autre palier

d'autorité, mais aussi ne pas être trop laborieux pour permettre la flexibilité du système. Un tel système semble aussi n'être efficace que si des responsables sous-régionaux sont mandatés pour s'occuper d'intégrer les activités interorganisationnelles. Actuellement, seulement une minorité de régions entretiennent une telle vision de l'approche par programmes. Pour la plupart, cette notion n'est relative qu'au découpage sociosanitaire du système (programme de santé mentale, de déficience intellectuelle, pour les personnes âgées, pour la jeunesse, etc.) ou à la gamme de services de la *PSM* (rappelons l'imprécision de la notion: voir pour cette approche les sections 3.3.2 et 5.5).

Par ailleurs, l'évaluation des PROS.SM et de la planification régionale nous amène à revoir les contours de la décentralisation. Le statut mandaté de la réforme et l'étude de la CIO en santé mentale (caractérisée comme fort conflictuelle) ont souligné l'importance du rôle de stratège de l'instance régionale (article 2). L'analyse de la régionalisation (MSSS/RRSSS) depuis l'amorce de l'opération des PROS.SM (1989) a aussi démontré les limites du processus de décentralisation, lesquelles viennent baliser le pouvoir de gestion des régies dans la transformation du système de santé mentale. En Montérégie, les fonds de développement du PROS.SM ont souvent été accompagnés d'indication par rapport à leur usage. L'acceptation des PROS.SM est aussi apparue comme une procédure allant à l'encontre de l'autonomie régionale. Les régies régionales ont ainsi été jugées comme des instances aux pouvoirs mi-autoritaires et mi de négociation, qui imposent une collaboration mi-formalisée et mi-émergente et dont la gestion est peu accompagnée de mécanismes de sanction/compensation. Les résultats de nos recherches recommandent de consolider le leadership des régies régionales en matière de régulation, de sanction et de formalisation de la coordination. Une stratégie plus autoritaire, pour l'organisation des services de santé mentale, est préconisée sur le plan régional, étant donné la dispersion du pouvoir et la dynamique conflictuelle des réseaux (Benson, 1975).

Cette recherche incite enfin à consolider le rôle du palier local dans l'opérationnalisation de la gestion des services. L'importance de la communautarisation des services milite notamment en faveur du renforcement de la sous-régionalisation des réseaux de santé mentale. Dans les régions sociosanitaires, il semble que la décentralisation soit une des clés à l'amélioration de l'intégration des services de santé mentale. Les systèmes les plus décentralisés ont été identifiés comme ayant développé le plus de modèles de coordination de services, ayant le plus intensifié l'intégration de leurs activités en santé mentale et ayant le mieux évalué leurs services. En fait, la sous-régionalisation entraînerait la propension à initier des modèles de coordination, lesquels favoriseraient l'intensification de l'intégration. Pour une région sociosanitaire, un bon résultat dans l'accomplissement de ces mesures et une avancée dans l'adéquation des rôles des acteurs

organisationnels au modèle pousseraient à une évaluation positive de la qualité des services. L'ensemble de ces mesures rend compte de l'intégration clinique d'un réseau. La nécessité de préciser les mandats des paliers décisionnels (MSSS/RRSSS/sous-régions) appert donc d'importance (voir la section 6.4).

6.3. Impact des résultats de recherche sur le processus de mise en oeuvre d'une réforme et sur l'organisation des services de santé mentale

Les résultats de cette recherche appuient l'hypothèse de la nature, plus souvent qu'autrement, incrémentielle du processus de changement social, d'autant plus s'il s'agit de modifications importantes à introduire (Greenwood et Hinings, 1996; Ramaprasad, 1982; Tushman et Romanelli, 1985). Notamment, la mise en oeuvre des PROS.SM s'intensifie au fur et à mesure que l'on s'éloigne de leur processus de mise en opération. En Montérégie, ce phénomène est notoire. Presque toutes les conditions d'implantation de la réforme sont jugées, à la fin de notre terrain (1996), prendre une orientation davantage propice au développement du *PROS.SMM*. Les plans de transformation viennent par exemple inscrire les PROS.SM dans un projet collectif de modifications de l'organisation des services sociosanitaires, ce qui renforce sensiblement la légitimité de ce domaine d'intervention à modifier sa régulation. Les conflits interorganisationnels, bien qu'actuellement encore importants, sont moins considérables que lors des premières années du déroulement de la planification. L'ordre institutionnel du domaine de la santé mentale semble aussi plus perméable à l'émergence d'autres courants qu'à la période d'élaboration de l'intervention. Les protagonistes de la réforme ont aussi su consolider la gestion régionale, etc. Partant de cette conception, le pouvoir structurant des outils de gestion dans la production de changements est aussi perçu comme incrémentiel. Toute innovation est vue, au départ, comme mal conçue et ne devient bien conçue qu'en fin de parcours (Callon et Latour, 1986). Le déploiement d'outils de gestion complexes, ayant comme objectifs d'opérationnaliser une réforme, n'est pas en soi un processus facile, puisqu'il propose de supplanter les régulations déjà institutionnalisées dans un système.

Cette recherche met également en perspective l'importance de prendre en compte la structuration en champs d'un domaine d'intervention, laquelle joue sur l'implantation d'une réforme. En santé mentale, le partenariat et la communautarisation des services sont notamment fortement circonscrits par la dynamique entre les champs: les champs alternatif (certains organismes communautaires), médical (départements de psychiatrie) et de la santé (champ réformiste: notamment les RRSSS). La notion de champ est relative à l'existence de relations spécifiques, déterminant un ensemble organisationnel à visions, pratiques, régulations et buts communs

(Bourdieu, 1975; Fleury *et al.*, 1998). Le champ alternatif s'inscrit, d'une part, dans un projet social et local de développement, d'autorégulation et de démocratisation. L'alternatif se définit en opposition à la pratique psychiatrique. Il met de l'avant la démedicalisation des processus de vie, la déprofessionnalisation des interventions, la dévictimisation des individus et la déséxisation des pratiques (Lamoureux, 1994). Ce mouvement s'appuie sur la nature controversée de l'efficacité de la science psychiatrique à traiter les cas de diagnostic lourd (MSSS, 1985; Andreasen, 1985; Dorvil et Gagné, 1992). Le champ médical se spécifie, pour sa part, par une approche clinico-pathologique et épidémiologique de la maladie ainsi que par une médecine hospitalocentrique. De plus en plus, dans le domaine de la santé mentale, tend néanmoins à primer l'approche biopsychosociale; l'aspect biomédical demeure, malgré tout, l'angle le plus important du processus de soins (White *et al.*, 1994). Le champ de la santé (ou le champ réformiste) est caractérisé, quant à lui, comme supportant un réseau à plusieurs acteurs organisationnels, distribuant des services intégrés à une clientèle perçue pour ses problèmes d'une façon holistique (approche biopsychosociale). Il représente une vision intermédiaire entre les champs médical et alternatif, puisqu'il pousse à établir une place pour chacune des philosophies et des pratiques d'intervention. La considération de l'importance de la notion de champ pour l'actualisation d'une réforme implique de cerner des mécanismes pour minimiser les conflits interorganisationnels et rapprocher les parties.

Pour améliorer la coordination interorganisationnelle, nous avons insisté sur la pertinence de soutenir un continuum d'acteurs-clés (régionaux, locaux et pour les différentes organisations) responsables de la formation de réseaux intégrés et de l'atteinte des objectifs de la planification régionale et locale. Par exemple, en Montérégie, bien que des conseillers sous-régionaux (professionnels de la RRSSM) ont été nommés et des structures de concertation sous-régionales, initiées, les organisations ne demeurent que peu redevables envers ces processus. Des acteurs au niveau organisationnel devraient aussi être mandatés responsables de l'introduction de la réforme. À plus d'une reprise, la marche de la CIO en Montérégie a notamment été associée à la personnalité des leaders locaux et la régie critiquée comme n'ayant pas eu assez de leadership. Plusieurs auteurs ont insisté sur l'importance du leadership dans le développement de changements stratégiques et des relations interorganisationnelles (Tushman et Romanelli, 1985; Lorsch, 1986; Pettigrew, 1985; Denis *et al.*, 1995).

Les conclusions de cette thèse amènent ainsi à construire un nouveau contrat social pour les services de santé mentale. Notamment, il serait opportun de continuer à questionner la pertinence de certaines pratiques professionnelles et la distribution du budget de la santé mentale allouée aux services de la gamme. La littérature sur la santé mentale insiste spécifiquement sur l'importance de

renforcer les actions de promotion/prévention et les services de réadaptation/réintégration sociales (soit les deux extrémités du continuum des services - Tessier et Clément, 1992; Blanchet et al., 1993 -). Les interventions à ces niveaux réduisent les phases d'hospitalisation et leur durée (Pritchard et Cunliffe, 1983; Brown et al., 1994; Fasolo et Frisanco, 1991; MSSS, 1996). Singulièrement, notre enquête auprès des usagers démontre la pertinence d'investir dans l'emploi, la formation, le support psychosocial et la recherche de logements modiques et supervisés. L'apport de l'intersectoriel dans le réseau de la santé mentale pourrait ici être mieux orienté. Le développement de la communautarisation des services exige aussi de mieux décentraliser les services dans des espaces locaux et de revoir la distribution des services entre les professionnels du réseau afin d'améliorer l'efficacité du système.

Les ressources alternatives en santé mentale et les CLSC devraient notamment être repositionnés dans la distribution de ces services. Par exemple, quelle part de l'offre des services ces organisations sont-elles prêtes à prendre? Quels services gagneraient à être offerts par ces organisations pour améliorer l'efficacité du système de santé mentale? Qu'en est-il de la collaboration du communautaire (partenariat ou complémentarité) au réseau public? Qu'impliquent ces modifications de rôles sur le statut des organismes communautaires en termes d'équité salariale des employés du réseau? En cette voie, certaines régions ont développé des initiatives intéressantes. Des centres de jour ont notamment été transférés de CH aux organismes communautaires; des cliniques externes, des CH aux CLSC. Les évaluations de ces expériences auront certes des retombées sur l'organisation des réseaux de santé mentale. Enfin, quelle restructuration des services implique la communautarisation des services pour les départements de psychiatrie et quels rôles dans la coordination des services devraient être octroyés à ces derniers? La communautarisation des services demeure une notion ambiguë, qui demande à être mieux cernée. Vu la position centrale des CH dans l'offre des services, ceux-ci pourraient jouer un rôle majeur dans la coordination latérale du système de santé mentale. D'après nos recherches, il semble néanmoins difficile pour ces derniers de s'orienter sur un modèle autre qu'hospitalocentrique (notamment le modèle de l'intégration).

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 à davantage rationaliser les rôles des distributeurs de services et intégrer l'offre des activités de santé mentale. Une amélioration 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 services déployés dans les réseaux (les efforts sont à parfaire). De plus en plus, les acteurs organisationnels sont amenés à organiser leurs actions en fonction de l'intérêt des réseaux

régionaux et locaux, donc en fonction de la rencontre des besoins de la clientèle. Enfin, la mise en oeuvre des PROS.SM s'avère incrémentielle: autant les modalités de la planification sont en voie de raffinement (processus d'apprentissage) que les effets de l'intervention deviennent plus notoires.

6.4. Proposition d'un modèle de planification régionale des services de santé mentale: réflexion sur le rôle des paliers décisionnels et sur le processus d'évaluation

La thèse a conduit à une réflexion sur le processus de planification (voir la section 6.2). Elle s'est positionnée en faveur d'une orientation plus émergente et décentralisée de ce dernier. Les articles tendent à faire avancer l'idée que là où une décentralisation plus accentuée du système s'est développée, les services ont été davantage arrimés, ce qui a favorisé les acteurs à davantage apprécier les effets entraînés par la planification. L'introduction de paliers locaux d'organisation de services tendrait à pousser à la construction de réseaux intégrés de services. Le processus de construction de ces réseaux n'est néanmoins qu'en cours; comme l'a démontré l'article 2, la dynamique interorganisationnelle en santé mentale demeure encore fort conflictuelle. La pertinence d'élaborer une planification davantage émergente et décentralisée débouche sur une remise en question des responsabilités dévolues aux instances régionales et aux acteurs locaux, particulièrement sur un renforcement du rôle du palier local. Au terme de cette recherche, il importe donc d'identifier l'implication de nos résultats quant aux fonctions attribuées aux différents paliers de la structure décisionnelle du système de santé mentale: ministériel, régional et local. Cette réflexion débouche enfin à interroger la démarche d'évaluation régionale dans ce domaine des services sociosanitaires.

L'article 2 s'est positionné en faveur d'un renforcement du leadership de l'instance régionale dans les services de santé mentale, étant donné l'état de la dispersion du pouvoir et de la divergence du réseau (stratégie davantage autoritaire: Benson, 1975). Tout à la fois, nous avons cependant postulé en faveur de la consolidation du palier local pour les volets plus opérationnels de la planification, vu les ressources limitées des régies régionales et le fait que les acteurs doivent s'approprier la réforme pour qu'elle s'implante. Le chapitre 2 a aussi mis en relief les limites de la décentralisation (MSSS versus RRSSS). Il appert ainsi que le MSSS tout en prônant des orientations et des objectifs rigides de planification doit davantage outiller les régies dans l'accomplissement de leurs fonctions. Ce processus est grosso modo en cours. Les régies régionales ont aussi une responsabilité importante en matière d'animation du processus d'intégration des services. Au MSSS, sont ainsi conservées les fonctions (voir le tableau 1): de promotion de systèmes régionaux intégrés de santé mentale axés majoritairement sur les services

communautaires¹ (développement de la gamme de services²), d'une logique de type politique (prise de décision démocratique et décentralisée), d'une gestion par programmes et par objectifs/résultats, d'une politique de redéfinition des mandats et de la régulation concernant les acteurs du réseau et de la recherche en santé mentale (mécanismes d'implantation de la réforme, facteurs favorisant la santé mentale, etc.) ainsi que de mettre en oeuvre une formule d'équité interrégionale et interprogramme³.

Les régies régionales conservent aussi les responsabilités: d'améliorer les connaissances du réseau régional en matière de besoins et de ressources, d'implanter une équité intrarégionale⁴ et interprogramme, de mettre en oeuvre une planification stratégique en fonction des besoins de leurs clientèles et de leur réalité régionale et en coordination avec les politiques et les orientations ministérielles (précision des orientations, objectifs, mandats et résultats pour le réseau régional) et de construction d'un réseau régional et d'élaboration de réseaux locaux, ce qui implique d'identifier des modèles d'arrimage de services sur le plan régional et des modèles d'entente interrégionale ou interlocale de services (pour les réseaux déficients pour un niveau de services).

Au palier local, par le déploiement de structures de concertation qui mobilisent les établissements, le communautaire, les usagers et leurs proches et l'intersectoriel⁵, sont dévolues les fonctions: de mise en oeuvre d'une planification opérationnelle (mise à jour des connaissances des réseaux locaux - besoins/ressources - , fixation d'objectifs locaux, détermination d'actions pour atteindre ces objectifs et prévision des ressources requises), de construction de réseaux locaux par la mise de l'avant de modèles de coordination de services (voir comme exemples de tels modèles le tableau 2 de l'article 5) et d'évaluation de la planification opérationnelle et de sa capacité à rencontrer la planification stratégique élaborée sur le plan régional, afin d'établir un système efficient et pertinent et d'améliorer la qualité des services.

¹ Les services communautaires devraient être mieux définis sur le plan provincial. Un pourcentage de 60% du budget de la santé mentale est attribué pour ces services par le ministère (MSSS, 1996).

² Les niveaux de la formation et de la promotion/prévention devraient être considérés d'une façon globale (à l'extérieur d'une approche par programmes - voir la section 5.5 -). La comptabilité des ressources pour la gamme de services de santé mentale devrait aussi être standardisée d'une région à l'autre.

³ Selon les problèmes de santé diagnostiqués dans les régions, une latitude entre les pourcentages de financement alloués par programmes est laissée au niveau régional.

⁴ D'après Bordeleau, «en pratique, les approches d'allocation ou réallocation intrarégionales ne peuvent toucher annuellement que de 1% à 3% des crédits disponibles (dans *La planification régionale des services sociaux et de la santé*, sous la direction de Tremblay et al., 1996, p. 101)».

⁵ Les résultats de cette recherche ne favorisent pas une mobilisation continue de l'intersectoriel dans les structures de concertation, mais plutôt sur des dossiers dans lesquels leur présence est incontournable. L'intersectoriel comprend le secteur municipal, judiciaire, scolaire, etc. et des organisations de programmes (ex.: les programmes de toxicomanie/alcoolisme, de la jeunesse et des personnes âgées) ou de problématiques connexes à la santé mentale (ex.: la violence envers les femmes).

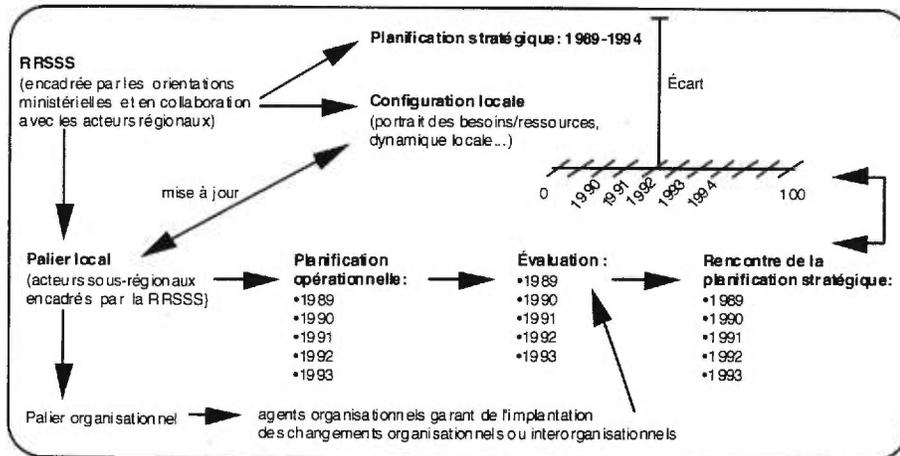
Tableau 1: Rôle des paliers décisionnels dans le processus de planification en santé mentale

Responsabilités	Objectifs de planification
1. palier ministériel	<ul style="list-style-type: none"> *promotion de systèmes régionaux de santé mentale axés majoritairement sur les services communautaires (60% du financement) avec pôles de spécialisation (40% aux services d'hospitalisation) *promotion d'une politique de réduction: des listes d'attente, du ratio de lits psychiatriques et de la durée des séjours hospitaliers
	<ul style="list-style-type: none"> *promotion d'une gamme de services à mettre en place au niveau régional en pourcentage du budget de la santé mentale: <ol style="list-style-type: none"> 1) services de base 2) traitements spécialisés 3) réadaptation et réintégration sociales 4) support aux familles
	<ul style="list-style-type: none"> *promotion de l'implantation de systèmes intégrés de santé mentale *implique la mise en oeuvre de réseaux décentralisés (plan local) de services coordonnés et continus
	<ul style="list-style-type: none"> *promotion d'une logique politique à implanter dans les réseaux régionaux de santé mentale *implique une gestion mi-fondée sur un savoir technocratique, mi-fondée sur un savoir expérimental de type plus incrémentiel; elle est articulée par les gestionnaires des régions et les acteurs locaux
	<ul style="list-style-type: none"> *promotion d'une politique quant aux mandats et aux modes de régulation (modes de paiement, convention collectives...) des acteurs en santé mentale
	<ul style="list-style-type: none"> *promotion d'une gestion par programmes et par résultats à implanter au niveau régional
	<ul style="list-style-type: none"> *promotion de la recherche en santé mentale (mécanismes d'implantation de la réforme, facteurs favorisant la santé mentale, etc.)
	<ul style="list-style-type: none"> *implantation d'une équité interrégionale et interprogramme
2. palier régional (en collaboration avec les acteurs locaux)	<ul style="list-style-type: none"> *amélioration des connaissances du réseau régional en termes de besoins et de ressources
	<ul style="list-style-type: none"> *mise en oeuvre d'une planification stratégique *précision des orientations, objectifs, mandats et résultats pour le réseau régional en fonction des besoins de la clientèle et de la réalité régionale et en coordination avec les politiques ministérielles.
	<ul style="list-style-type: none"> *implantation d'une équité intrarégionale et interprogramme
	<ul style="list-style-type: none"> *construction d'un réseau régional et découpage de ce dernier en réseaux locaux (sous-régionaux ou MRC) *modèles d'arrimage de services sur le plan régional *modèles d'entente interrégionale ou interlocale de services (pour les réseaux déficients pour un niveau de services)
3. palier local (encadré par les RRSSS)	<ul style="list-style-type: none"> *mise en oeuvre d'une planification opérationnelle pour rencontrer la planification stratégique élaborée régionalement, via des structures de concertation: établissement, communautaire, usagers et leurs proches et intersectoriel *mise à jour des connaissances des réseaux locaux (besoins/ressources), fixation d'objectifs locaux, détermination d'actions pour atteindre ces objectifs et prévision des ressources requises
	<ul style="list-style-type: none"> *construction de réseaux locaux *modèles de coordination de services sur le plan local
	<ul style="list-style-type: none"> *évaluation progressive de la planification opérationnelle et de sa capacité à répondre à la planification stratégique élaborée au plan régional, afin d'établir un système efficace et pertinent et d'améliorer la qualité des services

Concevoir la planification d'une façon émergente et décentralisée amène ainsi à repenser l'évaluation: la responsabilité des acteurs à cette fonction et son processus; i.e. concevoir la planification comme un procédé émergent et décentralisé tend aussi à envisager comme telle l'évaluation. Notamment, le changement de contexte rend-il encore aujourd'hui pertinent d'évaluer d'une façon intégrale le plan d'actions des PROS.SM? La conjoncture actuelle renforce aussi l'importance de revoir les contours de l'évaluation; force est d'admettre qu'un processus d'élaboration d'une planification de longue haleine s'avère peu souhaitable (les PROS.SM ont pris en moyenne deux années d'élaboration). De même, en est-il, d'après nous, pour l'évaluation de la mise en oeuvre des PROS.SM. L'association des acteurs locaux à ce processus est donc prônée,

qui annuellement évaluent leur planification opérationnelle et la rencontre de cette dernière à la planification stratégique rédigée sur le plan régional (voir la figure 1). Cet exercice, réalisé par les acteurs locaux coalisés au sein de structures de concertation, est encadré par les RRSSS, ces dernières restant les instances garantes de l'imputabilité des acteurs du réseau.

Figure 1: Processus de mise en oeuvre de la planification régionale, particulièrement de la démarche évaluative



Il ressort de nos résultats de recherche qu'il importe aussi d'améliorer la responsabilité des acteurs organisationnels à l'implantation de la planification opérationnelle élaborée à partir des structures de concertation (palier local). C'est pourquoi, d'après nos observations, un responsable de l'actualisation des objectifs de planification opérationnelle devait être nommé au niveau organisationnel. Celui-ci rendrait compte des réalisations de son organisation lors du processus d'évaluation effectué via les structures de concertation. Deux types d'acteurs organisationnels sont particulièrement ciblés: ceux en position de pouvoir, qui peuvent changer la dynamique organisationnelle et les intervenants, lesquels jouent sur les pratiques d'intervention. Enfin, pour faciliter l'action, nous croyons que les documents d'appui à la planification (planification stratégique, configuration locale, planification opérationnelle...) devraient s'avérer succincts et schématiques et présenter des objectifs par résultats (rappelons que les PROS.SM ont tous plus ou moins 200 pages).

Cette thèse, qui proposait de mieux cerner l'impact de la planification régionale sur l'organisation des services de santé mentale et sa contribution à l'implantation de la réforme des services de

santé mentale, débouche ainsi sur l'importance de mieux investir dans la recherche normative. Bref, des mécanismes devraient être élaborés pour améliorer l'arrimage des services et le partenariat entre les différents acteurs, 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 donc 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 (Davis et Lawrence, 1977; Galbraith, 1971). Les articles ont avancé certaines pistes qui demandent à être mieux examinées. La thèse souligne aussi 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.), ce qui vient circonscrire leur pouvoir structurant. 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 porte aussi à réfléchir sur l'équité interrégionale, les contours de la décentralisation (régionale et locale) et les mécanismes d'imputabilité. Singulièrement, il appert qu'un système de dispensation de services dont les ressources sont insuffisantes pour les besoins de sa population soit d'efficacité limitée (Provan et Milward, 1994, 1995). L'impératif de l'efficience des réseaux implique également de revoir la distribution des rôles des acteurs du système de santé mentale. Dans ce processus, les balises de la notion d'approche communautaire devraient particulièrement être révisées. Enfin, les modifications dans le processus de planification et la politisation de l'outil rendent actuellement le recours aux PROS moins systématique pour l'organisation des services. Cet instrument de planification, dont les contours sont à raffiner, nous apparaît néanmoins incontournable aux enjeux régionaux de régulation des services socio-sanitaires.

BIBLIOGRAPHIE

A) Sources primaires

1. Publications ministérielles:

Action du gouvernement relativement aux organismes communautaires de la santé et des services sociaux et à la santé mentale. Étude conduite auprès du MSSS et des Services sociaux et de trois régions régionales, Rapport du Vérificateur général à l'Assemblée nationale pour l'année 1995-1996, tome II, 1996.

Bilan d'implantation de la Politique de santé mentale, Potvin, Nelson, Québec, MSSS, 1997.

Bilan d'implantation de la politique de santé, Potvin, Nelson et Diane Grenier, Compte rendu de la rencontre MSSS/RRSSS de la Montérégie tenue le 30 novembre 1994 dans les locaux de la RRSSSM à Longueuil, MSSS, 21 décembre 1994, 8 pages.

Commission (Rapport) Bédard, Lazure et Roberts, Québec, MAS, 1962.

Contexte et le pourquoi d'une politique de santé mentales, Deschênes, Jean-Claude, Québec, MAS, 1985, 29 pages.

Décentralisation: un choix de société (livre vert sur la décentralisation), Chevrette, Guy, Québec, MSSS, 1995, 99 pages.

Dossier «Santé mentale», Programme de consultation d'experts, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, MAS, octobre 1986.

Évaluation du processus de décentralisation administrative vers le niveau régional en affaires sociales, Québec, MAS, 1983.

Examen des responsabilités respectives du Ministère de la santé et des services sociaux, des régions régionales et des établissements (Rapport Deschênes), Réflexions et propositions, Québec, MSSS, décembre 1996, 130 pages.

La Main-d'oeuvre socio-sanitaire au Québec, Dussault, Gilles et al., Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Dossier thématique, Québec, MAS, 1987, p. 1-23.

La planification en fonction des besoins, perception de la situation par différents groupes de personnes concernées dans trois régions du Québec et au Ministère de la santé et des services sociaux, Reinharz, Daniel, Comité de la santé mentale et Groupe Franco-Québécois sur l'étude à des fins de planification et d'évaluation de la question de la mesure des besoins de la population au plan de la santé mentale, Document de travail, 1996.

La Politique de la Santé et du Bien-être, Québec, MSSS, 1992, 192 pages.

La Politique de la santé mentale, Québec, MAS, 1989.

La santé mentale. À nous de décider, Québec, MAS, 1985.

La santé mentale. Direction - An 2000, Document de planification en santé mentale élaboré à partir des avis du Comité de santé mentale du Québec dans la perspective d'une prise de décision, Québec, MAS, 1985.

La transformation des services de santé mentale: orientations jusqu'en 2002, Document de consultation, Québec, MSSS, novembre 1996.

Le rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, MAS, Les Publications du Québec, 1988, 803 pages.

Les services de santé mentale au Québec, Services de santé mentale au Canada, Direction générale des sciences et de la promotion de la Santé et du Bien-être social, Canada, 1990.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, Québec, MSSS, L.R.Q., chapitre S-4.2, à jour au 2 août 1995, dernière modification: 21 juin 1995, Édition officiel du Québec, 1995.

Plans régionaux de services en santé mentale: document d'appui à la planification, Voïtchovska, Claudia, Québec, MAS, Direction de la santé mentale, Québec, 1989 (a).

Plans régionaux de services en santé mentale: vision d'ensemble et canevas de planification, Voïtchovska, Claudia, Québec, MAS, Direction de la santé mentale, 1989 (b).

Pour améliorer la santé mentale et le bien-être au Québec, Orientations, Lavoie-Roux, Thérèse, Québec, MAS, 1989.

Pour un partenariat élargi (rapport Harnois), Rapport de travail de la politique en santé mentale, Québec, MAS, 1987.

Recommandations pour développer la Politique de santé mentale, Québec, MSSS, Le Comité de la santé mentale du Québec, Les publications du Québec, 1994, 60 pages.

Rétrospective. Comité de la santé mentale du Québec: 10 années d'activités, août 1971 - août 1981, Québec, MAS, 1981.

Santé mentale...Direction en 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, Grenier, Marc, Québec, MSSS, Comité de la santé mentale, 1985, 115 pages.

Synthèse d'une consultation sur l'efficacité des modes d'intervention en santé mentale, Boulet, Christian, Québec, MSSS, Comité de la santé mentale, 1985, 162 pages.

Un financement équitable à la mesure de nos moyens, Québec, MSSS, 1991, 128 pages.

Une réforme axée sur le citoyen. Plan d'implantation, Québec, MSSS, 1990.

2. Documents élaborés par la Conférence des régies régionales:

Actes du colloque à l'intention des membres de conseils d'administration de conseils de la santé et des services sociaux, Conférence des CRSSS du Québec, 1987.

«L'avenir du Québec et la décentralisation: mener à terme un parcours inachevé», Mémoire présenté à la Commission nationale sur l'avenir du Québec, Conférence des CRSSS du Québec, mars 1995, 9 pages.

Le devenir des fonctions et de l'organisation régionale. Orientations 1987-1992, Conférence des CRSSS du Québec, 1987.

Les conseils régionaux agents d'initiatives et de dépassements, Actes du colloque à l'intention des membres de conseils d'administration des conseils de la santé et des services sociaux, Conférence des CRSSS du Québec, Colloque tenu les 25 et 26 septembre 1987, 60^e de pages.

Les trois défis majeurs de la régionalisation dans un contexte de crise des finances publiques: démocratisation, nouveau partenariat, efficacité, efficience et qualité, Colloque: «La régionalisation et les finances de l'État», Rapport-synthèse, Conférence des CRSSS du Québec, tenu 11 et 12 février 1994, 68 p.

Orientation de la conférence des conseils régionaux du Québec en regard à l'actualisation de la planification régionale, Rapport-synthèse, Conférence des CRSSS du Québec, 1987.

Plan de services et plan de ressources. Orientations de la Conférence des conseils régionaux du Québec eu égard à l'actualisation de la planification régionale, Rapport-synthèse, 4 février 1987.

3. Documents élaborés par la RRSSSM ou par des associations d'acteurs ou des organismes en santé:

3.1) PROS.SM:

Bélanger, Gabriel-Guy, Comment alléger le processus d'élaboration des plans régionaux d'organisation des services, Présentation au colloque sur la planification régionale des services sociaux et de santé, Congrès de l'ACFAS, mai 1993, 5 pages.

Guide pour la confection d'un plan régional d'organisation de services (PROS), CRSSSM, 1990, 14 pages.

L'élaboration des plans régionaux d'organisation de services. Une analyse des pratiques, Travail présenté à Jacques Clément dans le cadre du cours ADS 828, mars 1992, 56 pages.

Méthodologie de la présentation des plans régionaux de services, RRSSSM, 8 pages.

Nguyen, Hung, Direction de la Planification, CSSSM, Guide général d'élaboration des plans régionaux de services, 20 janvier 1989, 19 pages.

Nguyen, Hung, Mireille Tremblay et Suzanne Dussault, Les Plans d'organisation de services: une approche de planification par programme supportée par un système d'information d'aide à la prise de décision, CRSSSM, février 1992, 15 pages.

Plans régionaux de services: principes et orientations, Comité conjoint MSSS-CRSSS sur les plans régionaux de services, 1987, 20 pages.

Plan régional d'organisation des services en santé mentale, CRSSSM, 1991, 219 pages.

Plan régional d'organisation de services en santé mentale (PROS). Synthèse et mise en place du PROS, Secteur des ressources humaines en collaboration avec la Direction de la coordination et des supports à la clientèle, RRSSSM, décembre 1994.

Plan régional d'organisation de services en santé mentale. Annexe: Consultation élargie santé mentale, CRSSSM, 1991, 87 pages.

Plan régional d'organisation de services en santé mentale. Annexe: Documents relatifs au PROS.SM, CRSSSM, 1991, 250 pages.

Plan régional d'organisation de services en santé mentale. Annexe : Le programme cadre, CRSSSM, 1991, 92 pages.

Plan régional d'organisation de services: un instrument de gestion, CRSSSM, 5 pages.

Plan d'organisation des services de santé mentale de la Montérégie, 1983-1988, CRSSSM, 97 pages.

Tremblay, Mireille, Extrait du projet du plan d'organisation de services en santé mentale, CRSSSM, 1990, 37 pages.

Tremblay, Mireille, Texte de la présentation du 26 juin 1991 du Plan d'organisation de services en santé mentale au ministère de la santé et des services sociaux, CRSSSM, Direction de la Planification, juin 1991, 17 pages.

3.2) Évaluation du PROS.SM:

Bellerose, Carmen et Noël-André Delisle, Avis sur les indicateurs de santé mentale utilisés en Montérégie dans le PROS-Santé mentale et les documents sur l'objectif «Santé mentale», Document de travail, avril 1994, 5 pages.

Denis, Jean-Louis et al., Évaluation des effets du plan d'organisation des services en santé mentale en Montérégie, Protocole de recherche, GRIS, U de M, 1994, 20 pages.

Lamarche, Paul-A., «La position du ministère relativement aux PROS», Les Actes du forum ensemble c'est PROS...cible, pp. 7 à 10.

Le choc des cultures. La participation des ressources alternatives à l'élaboration des plans régionaux d'organisation des services en santé mentale, Bilan synthèse de l'expérience de participation aux comités tripartites, Document de travail préliminaire déposé à l'assemblée générale du R.R.A.S.M.Q., juin 1991, Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, 48 pages.

L'expérience du comité en santé mentale, Bilan de la consultation conduite auprès des membres du comité et des responsables des conseils régionaux, CRSSSM, 1991.

Les enjeux politiques et méthodologiques de la planification régionale des services sociaux et de la santé, Programme de colloque de l'ACFAS du 17 et 18 mai 1993 à Rimouski, 10 pages.

Notes pour l'allocation de Norbert Rodrigue (Directeur général, Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux), 61^e congrès de l'ACFAS, Lundi le 17 mai 1993, 24 pages.

Pour une réflexion organisée et solitaire...sur les PROS, Tables des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles, 1994, 30 pages.

Proposition d'un cadre d'évaluation en santé mentale, CRSSSM, Direction de l'évaluation, juillet 1990, 23 p.

Suivi de l'implantation des programmes et des services en santé mentale priorisés dans le cadre du budget de développement 92-93 et 93-94. Information à inclure dans vos rapports d'activités et financiers 1993-1994, 1 page.

Taillon, Guy, «La Politique sur la santé mentale: un défi pour le mouvement alternatif», P.R.I.S.M.E., «Approches communautaires. Les temps changent...les pratiques aussi», volume 5, no 1, hiver 1995.

3.3) Programmes et institutions:

Cadre de référence, programme d'entraide volet: groupes d'entraide regroupant des personnes ayant des problèmes de santé mentale, CSSSM, 1990, 10^e de pages.

La santé mentale dans les centres locaux de services communautaires: perspectives et éléments de réflexion, 1989, 44 pages.

Leclerc, Francine, Implication du C.S.S. en matière de santé mentale, Document de travail, Longueuil, CSS Richelieu, 1989, non paginé.

Orientation des services en santé mentale au CLSC du Richelieu conformément au Plan régional d'organisation des services en santé mentale, CLSC du Richelieu, 1992, 27 pages et annexes.

Tremblay, Yves (pour le groupe de travail des départements de santé communautaire), Piste pour l'action dans la Montérégie: promotion-prévention primaire en santé mentale, mai 1992, 13 pages.

3.4) Approche par programmes:

Bilan et apport des systèmes d'information pour la gestion de programmes, Présentation au comité de gestion par programme et d'allocation des ressources, CRSSSM, août 1992, 20^e de pages.

Cadre conceptuel pour l'opérationnalisation de la notion de programme, Comité MSSS-CRSSS sur la gestion par programme et l'allocation des ressources, 1992, 27 pages.

Cadre de référence sur l'allocation des ressources dans le contexte de la gestion par programmes et de la décentralisation des activités, Rapport du groupe de travail sur l'allocation des ressources financières, Sous-comité MSSS-Régies sur la gestion par programmes et l'allocation des ressources, Avril 1993, 100^e de pages.

Caris, Patricia et al., Cadre conceptuel pour l'opérationnalisation de la notion de programme, MSSS-CRSSS, 27 mai 1992, 27 pages.

D'Annunzio, Suzanne, L'évaluation de programmes: un instrument pour une gestion plus efficace et plus efficiente, Colloque de l'ACFAS sur les enjeux politiques et méthodologiques de la planification régionale des services sociaux et de santé, Rimouski, 17 au 21 mai 1993, 26 pages.

De la planification par objectifs à la gestion axée sur les résultats, CRSSSM, Document d'une 20^e de pages.

Équité interrégionale et interétablissement, programme de santé physique, Rapport d'étape no 1, Version révisée, Comité tripartite MSSS-CRSSS-AHQ, Québec, mai 1992.

L'allocation interrégionale des ressources et l'approche programme, Rapport final et synthèse des travaux, Comité MSSS-CRSSS sur l'allocation interrégionale des ressources, 25 mars 1992, 15 pages.

Marceau, Marie-Paule, La coordination des plans de services, Texte de référence à partir d'une revue de la littérature, CRSSS de Montréal Métropolitain, septembre 1984, 200 pages.

Nguyen, Hung, Bilan et apport des systèmes d'information pour la gestion de programmes, Présenté au comité de gestion par programme et d'allocation des ressources, CRSSSM, 24 août 1992, 60^e de pages.

Rapport comité MSSS-Régies sur la gestion par programme, juin 1994, 43 pages.

Rapport du comité sur la révision de la notion de programmes, CRSSSM, septembre 1990, 6 pages.

Tremblay, Mireille, Un modèle de répartition des ressources par programme: à la recherche de l'équité, entre la mesure et la concertation, Notes pour la conférence présentée dans le cadre du 61^e congrès de l'ACFAS, à Rimouski les 17 et 18 mai 1993, CRSSSM, mai 1993, 12 pages.

Vers une nouvelle structure de programme, Sommaire, MSSS, DGPE, 25 mai 1990, 12 pages.

3.5) Promotion/prévention et droits de la personne:

Activités de promotion et de prévention primaire en santé mentale, Département de santé communautaire de l'hôpital du Haut-Richelieu, 17 pages.

«Bulletin d'information des directeurs de la santé publique», Le Journal de santé publique, Volume 2, no 7, 12 mai 1992.

Cadre de référence: programme de promotion, respect et protection des droits, CRSSSM, adopté par le comité tripartite en santé mentale le 19 avril 1990.

Étude descriptive des activités de promotion et de prévention primaire en santé mentale dans le Haut-Richelieu, Département de santé communautaire de l'hôpital du Haut-Richelieu, mars 1990, 26 pages et annexes.

Exemples de programmes de prévention et de promotion de la santé mentale à l'intention des 0-17 ans et leurs parents, Répertoire, Départements de santé communautaire de la Montérégie, août 1992, non paginé.

Julien, Marie, Permettre à toute personne dont la santé mentale est perturbée d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins et favoriser le maintien et le développement optimal de la santé mentale de la population, Commentaires, 6 juillet 1990.

Marquis Serge et Aimé Lebeau, Pour une stratégie de développement des services de promotion et de prévention primaire en santé mentale dans la Montérégie, mars 1990.

Morin, Paul, «Santé mentale et droits de la personne psychiatisée dans la région de la Montérégie», Auto-psy, 1990, 92 pages.

Priorisation d'objectifs de promotion et de prévention primaire en santé mentale, Rapport de consultation, Département de santé communautaire de Saint-Jean-sur-Richelieu, janvier 1991, 15 pages et annexes.

Promotion et prévention primaire en santé mentale: pistes pour l'action dans la Montérégie, Groupe des Département de santé communautaire, mai 1992, 13 pages.

3.6) Processus de consultation/comités tripartites et tables de concertation

Aux membres du comité Ad hoc sur la clientèle long terme santé mentale avec problèmes multiples, RRSSSM, 10 juin 1994, 5 page.

Comité tripartite en santé mentale. Présentation de deux dossiers prioritaires en Montérégie, RRSSSM, février 1992, 26 pages.

Correspondances entre la RRSSSM et les acteurs organisationnels de la santé mentale, Période 1989-1996.

Gilbert, Léon, Les Tables sous-régionales: une approche ou une structure?, Document de travail, CRSSSM, 30 juillet 1979, 9 pages.

Morin, Paul (pour le Collectif de défense des droits de la Montérégie), Rapport sur la consultation auprès de la clientèle dans le cadre de l'élaboration du Plan régional d'organisation de services de la Montérégie, décembre 1990, 18 pages.

Participer, négocier, se mobiliser, Document-synthèse des grandes revendications du RRASMQ concernant le partenariat, les comités tripartites, les PROS, 31 pages.

Picotte, François, Sylvain Chartrand et Lucie Brunet, La recherche sur la participation des usagers, RRASMQ, 1989 [La recherche-action met en évidence les enjeux, les défis, les difficultés de la participation des usagers dans les ressources alternatives. Elle suggère des réflexions et des actions susceptibles de faire avancer cette question].

Procès verbaux, CRSSSM, CAR-SMM, 1971-1989.

Procès verbaux, CRSSSM, CTSR.SMM, 1989-1993.

Procès verbaux, CRSSSM, CTR.SMM, 1989-1996.

Rapport de consultation élargie: Plan d'organisation de services en santé mentale, CRSSSM, déc. 1990, 87 p.

Rapport du Colloque pour favoriser le potentiel des personnes et des communautés avec les milieux municipal, éducationnel, socio-économique et communautaire, Québec, les 3 et 4 octobre 1995, Gouvernement du Québec, Conseil de la santé et du bien-être, 64 pages.

Rapport du colloque régional sur les structures participatives, RRSSSM, septembre 1992, 18 pages.

Règlement-cadre des tables sous-régionales, adopté par le conseil d'administration à sa réunion du 29 mai 1993, RRSSSM, 6 pages.

Réflexions en marge du rôle et du mandat d'un comité intersectoriel, RRSSSM, janvier 1992, 2 pages.

Tremblay, Mireille, La planification participative au plan d'organisation de services en santé mentale de la Montérégie: pour ou contre la démocratie, Projet de thèse présenté à M. Gilles Bibeau, directeur de thèse et aux membres du jury du projet, messieurs Jean Panet-Raymond et Guy Dubreuil, U de M, Faculté des études supérieures, mai 1992, 50 pages.

3.7) Organismes communautaires:

Base d'adhésion d'un organisme communautaire et bénévole à la TROC-Montérégie, TROCM, non daté, 4 p.

Cadre de référence, programme d'entraide, volet: groupe d'entraide regroupant des personnes ayant des problèmes de santé mentale, CRSSSM, 1990, 18 pages.

Colloque 5e anniversaire des Groupes d'entraide de la Montérégie, Synthèse, juin 1995, 7 pages.

Dallaire-Durocher, Lise, Noël André Delisle et Carmen Frenette, Les organismes communautaires oeuvrant auprès des familles: clientèle, interventions et besoins, Département de santé communautaire de l'hôpital du Haut-Richelieu, mars 1992, 11 pages.

Document de base des groupes d'entraide de la Montérégie, AASMM, novembre 1995, 20^e de pages.

Historique, Groupes d'entraide de la Montérégie, novembre 1995, 31 pages.

Historique, mandat et énoncé de principes, Association des Alternatives en santé mentale de la Montérégie, juin 1995, 5 pages.

Influençons les changements en cours! Nous avons notre mot à dire sur les services de santé mentale de la Montérégie, Collectif de défense des droits de la Montérégie, 1992, 20 pages.

Journée de réflexion, 12 décembre 1995 à l'intention des groupes d'entraide en santé mentale, RRSSSM, 4 pages.

Journée des intervenant-e-s, Document synthèse, AASMM, avril 1995, 32 pages.

Landry-Balas, Louise, Ressources alternatives en santé mentale dans la Montérégie, CSSSM, 1984, 71 p.

Le Manifeste...questionné, Outil de formation, de réflexion et de questionnement des pratiques alternatives en santé mentale proposé aux ressources-membres du RRASMQ, Document déposé à l'assemblée générale du RRASQ du 9 et 10 juin 1994, 54 pages.

Les positions du RRASMQ, Document non daté, une 100^e de pages.

Les ressources alternatives en santé mentale dans la Montérégie, CRSSSM, 1985, une 60^e de pages.

Les ressources alternatives en santé mentale dans la Montérégie, Notes pour une présentation faite à la sous-commission parlementaire des Affaires sociales, CRSSSM, 1985, 14 pages.

L'hébergement des personnes atteintes de maladie mentale dans la sous-région de Longueuil: portrait des ressources actuelles, besoins et recommandations, Mémoire adressé au comité tripartite en santé mentale de la sous-région de Longueuil, Association des Parents et Amis du Malade mental Rive-Sud Inc., mars 1994, 38 pages.

L'évaluation des organismes communautaires et bénévoles. Vous avez dit évaluation?, La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles, septembre 1992, 9 pages.

Manifeste du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, RRASMQ, 1991, 16 p.

Notre Défi: bâtir un mouvement communautaire et alternatif fort, solidaire, novateur, agent de changement social au sein du processus de régionalisation, Document de travail déposé à la rencontre nationale tenue à Montréal à COVIQ, les 22 et 23 octobre 1993, Tables régionales et Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles, secteur de la santé et des services sociaux, 50 pages.

Petite histoire des groupes d'entraide en Montérégie..., non daté, 1 page.

Positions concernant la participation aux structures de concertation tripartites régionales et sous-régionales. Pour promouvoir le droit à l'alternative en santé mentale: participer, négocier, se mobiliser, Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, 1991, 31 pages.

Présentation et demande de budget pour la réalisation d'un plan de développement et de consolidation de l'alternatif et du communautaire en santé mentale de la Montérégie, Présenté par le conseil d'administration de l'AASMM, février 1994, 8 pages.

Quelques fenêtres percent le mur...dix années d'alternatives en santé mentale: 17 juin 1983 - 17 juin 1993, Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, 18 pages.

Quelques fenêtres percent le mur...dix années d'alternatives en santé mentale. Boîte à outils, Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, 1995, 40^e de pages.

Quelques fenêtres percent le mur...dix années d'alternatives en santé mentale. Plus de dix années d'alternatives en santé mentale: portraits et réflexions, Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, 58 pages.

Règlements généraux de la TROCM, TROCM, 1995, 12 pages.

Ressources alternatives en santé mentale dans la Montérégie, CSSSM, 1985, 56 pages et annexes.

Ressources alternatives et intermédiaires pour un réseau intégré de services, Actes du colloque de la revue Administration hospitalière et sociale tenu les 17, 18 mars 1986, Montréal, Association des administrateurs des services de santé et des services sociaux du Québec, 1987, 78 pages.

Table régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Montérégie, TROCBM, non daté, 2 pages.

Table régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Montérégie, Assemblée générale annuelle, TROCBM, 15 juin 1994, 5 pages.

3.8) Formation:

Formation médicale en santé mentale: prévisions budgétaires, Synthèse, RRSSSM, 30 nov. 1993, 2 pages.

Plan de formation dans le cadre du Plan régional d'organisation de services (PROS) en santé mentale, Direction des relations avec la communauté et des supports à l'administration, Secteur Ressources humaines, RRSSSM, septembre 1994, 23 pages.

Plan de formation dans le cadre du Plan régional d'organisation de services (PROS) en santé mentale (version révisée), Direction des relations avec la communauté et des supports à l'administration, Secteur Ressources humaines, RRSSSM, septembre 1994, 23 pages.

Roy, Deny, Plan de formation en santé mentale, RRSSSM, 12 avril 1994, 3 pages.

3.9) Ressources financières (santé mentale/PROS-SM):

Comment est dépensé l'argent en santé mentale au Québec? Les dépenses de santé mentale au Québec: portrait provincial et portraits régionaux 1991-1992 et 1992-1993, Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec inc., 1992, 55 pages.

Contandriopoulos, André-Pierre et Louise-Hélène Trottier, Rapport du comité sur l'allocation interrégionale des ressources, décembre 1995, 32 pages.

Documents de travail et correspondances de la RRSSSM relatifs aux données financières, pour la période 1989-1996.

Évolution du financement des ressources communautaires en santé mentale pour les années 1980-81 à 1988-89 [statistiques], Direction de la santé mentale, MAS, 1988, non paginé.

Lapierre, André, Comment est dépensé l'argent en santé mentale au Québec. Les dépenses de santé mentale au Québec: portrait provincial et portraits régionaux, 1991-1992 et 1992-1993, RRASMQ, 1992, 55 pages.

Panier de services - Reconfiguration du réseau 1997- 2000 - santé mentale, RRSSSM, septembre 1996.

Portraits sous-régionaux préparés dans le cadre du plan de réorganisation du réseau 1997-2000, RRSSSM, septembre 1996.

3.10) La Montérégie (la région sociosanitaire):

Bilan de la Montérégie pour le projet de la politique provinciale du Comité Harnois, Document déposé à la réunion du 9 décembre 1986, Document de travail, CRSSSM, 50^e de pages.

Dossier synthèse de la situation de la Montérégie, CRSSSM, 1981, 15 pages.

Enquête auprès des intervenants de la Montérégie sur les besoins en santé mentale dans la population, Comité régional inter-DSC pour la santé mentale, 1986, 78 pages et annexes.

Information sur le bilan du réseau et les dossiers du PL, CRSSSM, mai 1986, 20^e pages.

Mercier, Céline, et al. (pour l'Unité de recherche psychosociale), La contribution des services à la qualité de la vie des patients psychiatriques dans la communauté, Rapport présenté au programme de subvention nationale au Bien-être social, Centre de recherche hôpital Douglas, mars 1990.

3.11) Régie régionale de la Montérégie (RRSSSM/CRSSSM):

Allocution de M. Georges Dupras, Président du conseil d'administration du CRSSS de la région Sud de Montréal à l'occasion du 5^e colloque régional du CRSSS, CRSSSM, les 29 février et 1^e mars 1980, 10 pages.

D'ici l'an 2002: diminuer les problèmes de santé mentale. Objectif 16, RRSSSM, 12 pages.

D'ici l'an 2002: réduire de 15% le nombre de suicides et de tentatives de suicide. Objectif 17, RRSSSM, 14 p.

Les orientations 1981-1986, Guide pour les commissions administratives régionales, CRSSSM, adopté par le conseil d'administration lors de son assemblée du 11 mars 1981, 4 pages.

Orientations: 1987-1992, CRSSSM, 1987, 217 pages.

Plan d'action triennal de la Montérégie 1994-1997 sur la politique de la santé et du bien-être, RRSSSM, 23 juin 1994, 122 pages.

Plan directeur 1982-1983, CRSSSM.

Plan directeur 1985-1986, CRSSSM, adopté par le conseil d'administration lors de ses réunions du 17 avril et du 15 mai 1985.

Plan directeur 1986-1987, CRSSSM, adopté par le conseil d'administration lors de sa réunion du 19 mars 1986.

Recueil des fonctions et des responsabilités confiées aux instances régionales (conseil régional vs régie régionale), CRSSSM, janvier 1991, 48 pages.

Règlement-cadre des tables sous-régionales, CRSSSM, adopté par le conseil d'administration à sa réunion du 29 mai 1993, 5 pages.

Structures d'organisation internes et externes de la régie de la santé et des services sociaux, RRSSSM, 1993, 60^e de pages.

Tremblay, Mireille, Validation des objectifs de santé mentale, CRSSSM, 1990, 25 pages.

Vers un virage santé et bien-être. Plan stratégique 1995-1998 de transformation du système - Montérégie -, RRSSSM, 1^{er} trimestre 1995, 46 pages.

3.12) Réforme des services de santé mentale:

Bilan de la Politique de santé mentale et perspective, Document de travail, Tables régionales de ressources alternatives et communautaires en santé mentale, 1994, 30 pages.

Document dans le cadre du bilan de l'implantation de la politique de santé mentale, RRSSSM, 15 pages.

Francoeur, Jean, «Chenilles et papillons. Le succès de la régionalisation repose sur son acteur principal», Le Devoir, 26 mars, 1992.

Gagnon, Lysiane, «La clé de voûte», La Presse, Montréal, jeudi le 30 mai 1991.

La réforme Lavoie-Roux-Côté: entre la vertu et la pratique, tout un océan d'incertitudes, Document d'analyse sur la réforme de la santé et des services sociaux, RRASMQ et L'R des Centres de femmes du Québec, mars 1991, 46 pages.

La santé mentale et ses enjeux, Mémoire à la commission Rochon, RRASMQ, février 1986.

Lecomte, Yves, Opérationnalisation du projet de Politique de santé mentale, Document non daté, 29 pages.

Les épreuves et les défis du partenariat. La réforme dans le domaine de la santé et des services sociaux, Bilan de la participation des organismes communautaires et bénévoles, Tables des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles avec la collaboration des Tables régionales d'organismes communautaires et bénévoles, octobre 1995, 50 pages.

Nadeau, Jacques A., «1997, année du virage en santé mentale. La suppression de 3000 lits en soins psychiatriques se fera au détriment des patients, de leurs familles, des organismes communautaires et des CLSC», Le Devoir, janvier 1997.

Note pour Marc Laviolette, Conseil fédéral FAS, mardi le 16 mai 1995, 4 pages.

Organisation des services de santé mentale au Québec: analyse et perspectives, Document d'orientation, AHQ, juin 1984.

Partenariat et pratiques alternatives en santé mentale, Consultation sur le projet de Politique de santé mentale pour le Québec présenté à la Commission des Affaires sociales, Regroupement ressources alternatives en santé mentale au Québec, 1987, 29 pages.

Pour un bilan alternatif de la politique de santé mentale du Québec, Mémoire présenté au comité du bilan d'implantation de la Politique de santé mentale du Québec, Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, janvier 1995, 30 pages.

Pour un projet de société alternatif, communautaire et féministe, Analyse critique de la Politique de santé et de bien-être, Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles, juin 1993, 50 p.

Proulx, Jean, Texte de réflexion sur le Défi qualité-performance, Table des organismes communautaires et bénévoles.

Régionalisation et démocratie: pour une réelle participation des organismes communautaires et bénévoles, Tables des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles, mars 1992, 38 pages.

Un bilan syndical de la désinstitutionnalisation, Comité FAS/CSN sur la désinstitutionnalisation, mai 1995, 48 pages et annexes.

Vers une politique de santé mentale: 25 ans après la commission Bédard, Lazure et Roberts, CH Robert-Giffard, 1985, 12 pages.

3.13) Listes des organismes dispensant des services de santé mentale pour la Montérégie et bibliographies:

Bibliographie. Documentation RRSSSM/Santé mentale et communautés culturelles, RRSSSM, 3 pages.

Bibliographie. Santé mentale/Adulte, RRSSSM, 4 pages.

Bibliographie. Santé mentale/Montérégie, RRSSSM, 16 pages.

Bibliographie. Santé mentale/Ressources alternatives, RRSSSM, 10 pages.

Bibliographie. Santé mentale/Statistiques, RRSSSM, 13 pages.

Liste des CH de la Montérégie, D.S.C., municipalité, population et territoire de CLSC couverts, données du recensement de 1986, novembre 1988, RRSSSM, 12 pages.

Liste des établissements et organismes communautaires par sous-région - santé mentale - ,RRSSSM, février 1992, 8 pages.

Liste des partenaires de la sous-région de Châteauguay, RRSSSM, septembre 1993.

Liste des partenaires de la sous-région de Granby-Cowansville, RRSSSM, septembre 1993.

Liste des partenaires de la sous-région de Longueuil, RRSSSM, septembre 1993.

Liste des partenaires de la sous-région Richelieu-Yamaska, RRSSSM, septembre 1993.

Liste des partenaires de la sous-région de Saint-Jean, RRSSSM, septembre 1993.

Liste des partenaires de la sous-région de Sorel, RRSSSM, septembre 1993.

Liste des partenaires de la sous-région de Valleyfield, RRSSSM, septembre 1993.

Liste des participants aux comités tripartites sous-régionaux, RRSSSM, 1995, 9 pages.

Liste des ressources communautaires et CLSC subventionnés en santé mentale en Montérégie, RRSSSM, janvier 1995, 12 pages.

3.14) PROS autres qu'en santé mentale en Montérégie

Boisvert, Jean-Claude, Plan régional d'organisation des services pour les personnes présentant une déficience physique, Document de travail présenté au comité de planification en déficience physique, 2^e version, RRSSSM, 5 juin 1995, 75 pages.

Plan régional d'organisation des services en déficience intellectuelle, Version pour soumission au conseil d'administration, RRSSSM, juin 1995, 101 pages.

Plan régional d'organisation des services pour les personnes âgées, RRSSSM, mars 1996, 233 pages.

Plan régional d'organisation des services pour les personnes présentant une déficience physique, Document de travail, Résumé, 5 juin 1995, 21 pages.

4. Documents sur la planification régionale autres qu'en Montérégie:

4.1) Bas-Saint-Laurent

Document synthèse sur les plans d'actions locaux (priorités santé et bien-être), RRSSSBSL, 1995.

Équilibre, Alliance et coresponsabilité. Plan d'organisation des services de santé mentale pour la région du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie et des Iles-de-la-Madeleine, RRSSSBSL, 1990.

Équilibre, Alliance et coresponsabilité. Plan d'organisation des services de santé mentale. Abrégé opérationnel, RRSSSBSL, 1992.

Équilibre, Alliance et coresponsabilité. Plan d'organisation des services de santé mentale pour la région du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie et des Iles-de-la-Madeleine, Version abrégée, RRSSSBSL, 1990.

Orientation concernant la coordination régionale de l'accès aux soins et services psychiatriques de longue durée, RRSSSBSL, 1995.

Orientation concernant les services de pédopsychiatrie dans le Bas-Saint-Laurent, RRSSSBSL, 1993.

Plan local d'action concerté en santé mentale: clientèle adulte, MRC de la Matapédia, 1996.

Plan régional d'organisation des services en santé mentale. Suivi de gestion et bilans de l'implantation, RRSSSBSL, 1994.

Plan triennal 1995-1998 de transformation du réseau de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, RRSSSBSL, 1996.

Portrait du financement du programme de santé mentale, région Bas-Saint-Laurent, RRSSSBSL, 1996.

Protocole de collaboration concernant les situations de santé mentale jeunesse pressantes ou urgentes 0-17 ans entre les CLSC de la sous-région et le centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent, les services d'adaptation Osмосe et le CHRR, Le service de psychiatrie infantile et juvénile, 1997.

Ventilation des allocations 1989-90 à 1994-95, RRSSSBSL, mise à jour le 26 octobre 1995.

4.2) Saguenay-Lac-Saint-Jean

Cadre de gestion du PROS, RRSSSLSJ, non daté.

Plan régional de services en santé mentale: «concept», Document 2, RRSSS, 1990.

Plan stratégique de transformation du système de la santé et des services sociaux de la région du Saguenay-Lac-St-Jean, 1995-1998, RRSSSLSJ, 1995.

Planification de l'évaluation du PROS en santé mentale, RRSSSLSJ, juin 1996.

4.3) Québec

Bilan préliminaire des activités réalisées dans le cadre de l'implantation du PROS en santé mentale: 1ère phase 1989-1993, RRSSSQ, mai 1995.

Changer oui. Mais comment? L'organisation des services de santé et des services sociaux dans la région de Québec, RRSSSQ, 1995.

Changer oui. Mais comment? L'organisation des services de santé et des services sociaux dans la région de Québec, Document de consultation complémentaire, RRSSSQ, 1995.

Extrait du procès-verbal de la 29e séance ordinaire du conseil d'administration de la RRSSSQ, «Points 29.4.4.1. Concernant la reconfiguration du réseau de services - Programme santé mentale (Organisation des services de psychiatrie adulte) - et 29.4.4.2. Concernant la reconfiguration du réseau de services - Programme santé mentale /Organisation des services de la pédopsychiatrie - », tenue le 25 janvier 1996.

Extrait du procès-verbal de la 30e séance ordinaire du conseil d'administration de la RRSSSQ, «Points 30.4.4.1. Concernant les ressources alternatives à l'hospitalisation dans l'ouest de l'agglomération urbaine de Québec et 30.7.1. Concernant l'organisation des services de psychiatrie adulte», tenue le 14 mars 1996.

Extrait du procès-verbal de la séance à huis clos du conseil d'administration de la corporation «centre hospitalier Robert-Giffard», «Résolutions CA-96-09 et CA-96-10», tenue le 6 mars 1996.

La consultation au coeur du PROS de santé mentale, RRSSSQ, non daté.

L'équilibre en tête. Plan régional d'organisation de services de santé mentale des régions de Québec et de Chaudière-Appalaches (1989-1990 à 1998-1999), RRSSSQ, 1990.

L'équilibre en tête. Plan régional d'organisation de services de santé mentale des régions de Québec et de Chaudière-Appalaches (1989-1990 à 1998-1999), Cahier des annexes, RRSSSQ, 1990.

L'équilibre en tête. Répertoire sur les services et les ressources disponibles en santé mentale, région de Québec, RRSSSQ, 1994.

Paradis, Michèle, Réflexions sur l'actualisation de la politique et du plan régional d'organisation de services de santé mentale à partir de douze programmes visant le maintien dans la communauté, Centre de santé publique de Québec, janvier 1996.

Paradis, Michèle et Claude Gagnon, Bilan du projet «PRI-La Boussole»: un modèle de plan de services individualisé (PSI) axé sur le «case management», OPHQ, décembre 1995.

Plan d'action régional 1995-1998 sur les priorités de la santé et de bien-être, RRSSSQ, 1995.

Plan triennal de transformation du système régional des services de santé et des services sociaux, RRSSSQ, juin 1995.

Programme de santé mentale. «Première partie de la reconfiguration du réseau de services du programme de santé mentale dans le cadre du plan triennal de transformation du système des services de santé et des services sociaux de la région de Québec», RRSSSQ, septembre 1995.

PROS en santé mentale des régions de Québec et de Chaudière-Appalaches, Version abrégée, RRSSSQ, 1993.

Rapport à la direction concernant la vérification de certaines activités de la région régionale de Québec relatives au soutien des organismes communautaires et à la santé mentale, Rapport du Vérificateur général, Québec, novembre 1996.

Vézina, Michel (Directeur de la santé publique), Impact des compressions budgétaires sur l'état de santé de la population, RRSSSQ, 13 avril 1995, 9 pages.

4.4) Mauricie-Bois-Francs

La transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie-Bois-Francs, Proposition 1996, RRSSSMBF, 1996.

La transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie-Bois-Francs, Proposition 1996, Document d'informations complémentaires sur les scénarios A et B pour le Trois-Rivières Métropolitain, RRSSSMBF, 1996.

Plan régional d'organisation des services de santé mentale pour la région Mauricie-Bois-Francs, Version abrégée, RRSSSMBF, avril 1993.

4.5) Estrie

Demande d'information concernant la répartition de l'enveloppe budgétaire affectée à ce programme suivant la gamme de services définie dans la politique de santé mentale, année financière 1994-1995, Comité de travail sur la transformation du réseau de services en santé mentale, RRSSS de l'Estrie, 1996, 3 pages.

Plan régional d'organisation des services en santé mentale (PROS.SM), décembre 1990, adopté par le conseil d'administration le 22 janvier 1991, RRSSS de l'Estrie, 190 pages.

Réorganisation des services de santé mentale en Estrie: vers un nouvel équilibre dans la gamme essentielle des services, RRSSS de l'Estrie, juin 1996, 13 pages.

4.6) Montréal-Centre

Bilan de mise en oeuvre 1992-1994 du PROS de santé mentale, RRSSSMC, mai 1994, 30 pages.

Cadre de référence pour la mise en place des tables de concertation sous-régionales. P.O.S. de santé mentale (1990-1995), RRSSSMC, septembre 1991, 9 pages.

État de réalisation de l'ensemble des priorités d'action du PROS de santé mentale au 31 janvier 1994, RRSSSMC, juillet 1994, 43 pages.

Le P.O.S. de santé mentale en action..., Synthèse du plan d'organisation des services de santé mentale de la région de Montréal métropolitain (1990-1995), CRSSSMC, février 1992, 72 pages.

L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal. L'atteinte d'un nouvel équilibre, RRSSSMC, 1995, 114 pages.

L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal. L'atteinte d'un nouvel équilibre, Document de consultation 2, RRSSSMC, 1995, 115 pages.

L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal. L'atteinte d'un nouvel équilibre, Recommandations, RRSSSMC, 1995, 115 pages.

Plan d'organisation des services de santé mentale de la région de Montréal métropolitain (1999-1995), CRSSSMC, Secteur des services de santé mentale, Direction de la programmation, Juin 1990, révisé juin 1991, 290 pages.

Politique et mécanismes de participation, RRSSSCM, 9 février 1995.

4.7) Outaouais

Cinquième évaluation d'implantation des services en santé mentale dans la région de l'Outaouais, CRSSS de l'Outaouais, octobre 1992, 114 pages.

Dongois, Michel, «Régionalisation de la santé mentale: L'Outaouais mène le bal», Actualité médicale, no 39, 7 novembre 1990.

Guide d'utilisation de la méthode d'évaluation d'implantation des services en santé mentale, CRSSS de l'Outaouais, décembre 1988, 30 pages.

Méthode d'évaluation de l'implantation des services en santé mentale, CRSSS de l'Outaouais, décembre 1988, non paginé.

Planification régionale des services en santé mentale 1985-1991, CRSSS de l'Outaouais, 31 octobre 1985, 140 pages.

Évaluation d'implantation des services en santé mentale - année 1991 -, CRSSS de l'Outaouais, 40^e de pages.

Évaluation des résultats de la mise en place des services de santé mentale dans l'Outaouais, Annexes méthodologiques, RRSSS de l'Outaouais, février 1996, 157 pages.

Évaluation des résultats de la mise en place des services de santé mentale dans l'Outaouais. Faits saillants, RRSSS de l'Outaouais, 1996, 6 pages.

Évaluation des résultats de la mise en place des services de santé mentale dans l'Outaouais, Rapport d'évaluation, RRSSS de l'Outaouais, février 1996, 294 pages.

Évaluation des résultats de la mise en place des services de santé mentale dans l'Outaouais, Synthèse, RRSSS de l'Outaouais, février 1996, 32 pages.

4.8) Abitibi-Témiscamingue

Plan régional d'organisation et de mise en oeuvre des services en santé mentale en Abitibi-Témiscamingue, RRSSSAT, mars 1992.

Portrait du programme «santé mentale», RRSSSAT, novembre 1995.

Réseau intégré de services en santé mentale pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue, RRSSSAT, février 1997.

Transformation du système de santé et de services sociaux en Abitibi-Témiscamingue 1996-1998, RRSSSAT, novembre 1996.

4.9) Côte-Nord

Le Support aux familles des personnes ayant des problèmes mentaux, RRSSSCT, février 1994.

Orientations budgétaires et plan d'action en matière de réduction des dépenses pour le réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord de 1995-1996 à 1997-1998, RRSSSCT, avril 1995.

Plan d'organisation des services en santé mentale pour la Côte-Nord, RRSSSCT, avril 1990.

Plan régional d'organisation des services en santé mentale pour la Côte-Nord. Harmonisation des services, RRSSSCT, juillet 1996.

Répartition 1996-1997 des crédits autorisés par le ministère suite à l'approbation du PROS.SM en 1990, RRSSSCT, 1997.

4.10) Gaspésie-Iles-De-La-Madeleine

Plan stratégique triennal de transformation du réseau en Gaspésie-Iles-De-La-Madeleine, RRSSS de Gaspésie-Iles-De-La-Madeleine, avril 1995.

La Transformation des services de santé mentale: Orientations jusqu'en 2002, Document de consultation, MSSS, novembre 1996.

4.11) Chaudière-Appalaches

À l'heure des choix: décisions. Les services de santé et les services sociaux de Chaudière-Appalaches, RRSSS de Chaudière-Appalaches, 1995.

Chabot, Denis, Bilan de la transformation en santé mentale. Constats et recommandations (1990-1996), RRSSS de Chaudière-Appalaches, novembre 1996.

Développement 1997-2000, Commentaires généraux, RRSSS de Chaudière-Appalaches, 1997.

4.12) Laval

Plan de transformation du réseau lavallois de la santé et des services sociaux, Cadre de référence, Document de consultation, RRSSS de Laval, décembre 1995.

Plan d'organisation des services en santé mentale de la région de Laval, Table de concertation de la santé et des services sociaux de Laval, mai 1990.

Plan d'organisation des services sociaux et de santé 1996-1998, RRSSS de Laval, juin 1996.

4.13) Lanaudière

Plan de transformation, RRSSS de Lanaudière, février 1996.

Plan régionale d'organisation de services en santé mentale de Lanaudière, RRSSS de Lanaudière, février 1991.

4.14) Laurentides

Le projet de transformation. L'approche programme et l'action locale (Bassin de concertation/coordination), Complément au plan de transformation triennal pour soutenir les phases II et III, RRSSS des Laurentides, août 1996.

Les ressources financières affectées au programme de santé mentale, Services aux adultes, années 1994-1995, RRSSS des Laurentides, 1995.

Les ressources financières affectées au programme de santé mentale, Services aux enfants et aux jeunes, années 1994-1995, RRSSS des Laurentides, 1995.

Plan régional d'organisation de services en santé mentale, Version finale, RRSSS des Laurentides, février 1991.

Plan stratégique de transformation du système de santé et des services sociaux dans les Laurentides 1995-1998, RRSSS des Laurentides, mai 1995.

Pour un bilan de l'implantation de la Politique de la santé mentale dans la région des Laurentides, RRSSS des Laurentides, oct. 1995.

Présentation du processus et des résultats des consultations effectuées dans le cadre de la réflexion entourant la révision du PROS en santé mentale concernant «les adultes et leurs proches», RRSSS des Laurentides, août 1996.

Projet d'arrimage des services de base, des services spécialisés et des services d'intervention de crise en santé mentale du territoire d'Argenteuil, Présenté par la table de concertation en santé mentale d'Argenteuil avec la collaboration de M. Claude Larivière, Réseau conseil interdisciplinaire du Québec, 27 mars 1996.

Projet d'arrimage entre les services de base, les services spécialisés et les services de crise en santé mentale, L'Échelon des Pays d'en Haut pour la table locale en santé mentale MRC Pays d'en Haut, février 1996.

B) Sources secondaires

1. Le Système québécois de la santé:

Allard-Breton, N., L.H. Trottier, R. Pineault, J.M. Brodeur et F. Champagne, La multidisciplinarité: un instrument de pouvoir des professions, Montréal, U de M, Département de médecine sociale et préventive, GRIS.

Beausoleil, G., «État protecteur et financement des services de santé et des services sociaux», Sciences sociales et santé, vol. VII, no 4, 1989 pp. 95-112.

Bégin, Clermont, «La voie sinueuse de la décentralisation du système de santé et de services sociaux au Québec», Sciences sociales et Santé, vol. VII, no 4, décembre 1989, pp. 140-166.

- Bélanger, Gérard, «La provincialisation des services de santé», Recherches sociographiques, XXXI, 3, 1990, pp. 339-357.
- Bélanger, Gérard, «Le financement centralisé et la décentralisation des décisions: une incompatibilité?», dans Le Système de santé au Québec. Organisation, acteurs et enjeux, Québec, Presses de l'Université de Laval, 1994, pp. 327-343.
- Bélanger, Jean-Pierre, «De la commission Castonguay à la commission Rochon... Vingt ans d'histoire de l'évolution des services de santé et des services sociaux au Québec», Service social, vol. 41, no 2, 1992, pp. 50-69.
- Bélanger, Jean-Pierre et al., «La commission Rochon: un rapport controversé», Revue internationale d'action communautaire, 19/59, printemps 1988, pp. 145-152.
- Bélanger, P.R., «Santé et services sociaux au Québec: un système en otage ou en crise? De l'analyse stratégique aux modes de régulation», Revue internationale d'action communautaire, 20/60, automne 1988, pp. 145 à 155.
- Bélanger, P.R. et B. Lévesque, «Une forme mouvementée de gestion du social: les CLSC», Revue internationale d'action communautaire, 19/59, print. 1988, pp. 49-64.
- Bergeron, Pierre, «La commission Rochon reproduit les solutions de Castonguay-Nepveu», Recherches sociographiques, XXXI, 3, 1990, pp. 359-380.
- Bergeron, Pierre et France Gagnon, «La prise en charge étatique de la santé au Québec», dans Le système de santé au Québec. Organisation, acteurs et enjeux, Québec, Presses de l'Université de Laval, 1994, pp. 9-32.
- Bergeron, Pierre et Vincent Lemieux, «Les récents recours à des commissions d'enquête dans le secteur de la santé et des services sociaux au Québec», Service social, vo. 41, no. 2, 1992, pp. 8-17.
- Berliner, S. Howard, «La consolidation du pouvoir médical au début du siècle: une nouvelle interprétation du rapport Flexner», dans Médecine et Société, les années 80, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1986, pp. 93-108.
- Bernier, Jacques, «Vers un nouvel ordre médical: les origines de la corporation des médecins et chirurgiens du Québec», Recherches Sociographiques, vol. XXII, no 3, sept.-déc. 1981, pp. 307-330.
- Bernier, Jacques, «La standardisation des études médicales et la consolidation de la profession dans la deuxième moitié du XIX^e siècle», Revue d'Histoire de l'Amérique Française, vol. 37, no 1, juin 1983, pp. 51-63.
- Bernier, Jacques, «L'intégration du corps médical québécois à la fin du XIXe siècle», Réflexions Historiques, vol. 10, 1983, pp. 91-111.
- Boivin, Jean, «L'impact du syndicalisme et de la négociation collective», dans Le système de santé au Québec. Organisation, acteurs et enjeux, dir.: V. Lemieux et al., Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1994, pp. 273-292.
- Bozzini, Luciano, «L'expertise et la hiérarchie sanitaires en question», dans Médecine et Société, les années 80, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1986, pp. 339-424.
- Bozzini, Luciano, «Rapport Rochon et Orientations Lavoie-Roux: une lecture plus optimiste», Nouvelles pratiques sociales, vo. 3, no. 1, printemps 1990, 107-119.
- Bozzini, Luciano et André-Pierre Contandriopoulos, «La pratique médicale au Québec: mythes et réalités/ Medical Practice in Quebec: Myths and Realities», Sociologie et Sociétés, vol. IX, no 1, avril 1977, pp. 33-54.
- Bozzini, Luciano et Jacques Bourgault, «La décentralisation après la loi de 1991 sur les services de santé et les services sociaux au Québec», Service social, vol. 41, no 2, 1992, pp. 87-114.

- Caillouette, Jacques, «La réforme Côté ou l'ambivalence de l'État à l'égard du communautaire», Service sociale, vol. 41, no 2, 1992, pp. 115-129.
- Caron, Simon, (Sous-ministre adjoint, Direction de la planification et de l'évaluation, MSSS), «Les enjeux de l'arrimage entre le communautaire et le secteur public vus de la fenêtre d'un haut fonctionnaire du MSSS», Nouvelles Pratiques Sociales, vol. 8, no 1, printemps 1995, pp. 245-252.
- Cazale, Linda, Historique de la budgétisation des centres hospitaliers au Québec, Document non publié, Version préliminaire, U de M, mai 1995, 24 pages.
- Champagne, François et al., «Le système de soins du Québec: Une organisation visant l'équité et le respect des libertés individuelles», Revue Française de Finances Publiques, 1983, pp. 57-79.
- Champagne, François, Jean-Louis Denis, Raynald Pineault, Claude Sicotte, Henriette Bilodeau, Configurations de la structure hospitalière et des orientations stratégiques des médecins, Université de Montréal, GRIS, R94-05, avril 1994, 13 pages.
- Contandriopoulos, André-Pierre, «Réformer le système de santé: une utopie pour sortir d'un statu quo impossible», Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé, U de M, GRIS, volume 1, numéro 1, 1994, pp. 8-27.
- Contandriopoulos, André-Pierre, «Transformer le système de santé», Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé, U de M, GRIS, volume 3, numéro 1, 1994, pp. 10-17.
- Contandriopoulos, André-Pierre et al., «Modalités de financement et contrôle des coûts du système de soins: l'exemple du Québec», Sciences sociales et santé, vol. VII, no 4, déc. 1989, pp. 113-132.
- Contandriopoulos, André-Pierre et G. Poupourville, Entre le constructivisme et le libéralisme: la recherche d'une 3e voie, 1991, U de M, Cahiers du GRIS, no 91-03.
- Contandriopoulos, André-Pierre, F. Champagne et E. Baris, La rémunération des professionnels de la santé, U de M, GRIS, 1992, 24 pages.
- Contandriopoulos, André-Pierre et M.A. Fournier, «Planification de la main-d'oeuvre médicale: l'expérience du Québec», Education Medical a Salud, 1992, vol. 26, no 4, pp. 496-512.
- Contandriopoulos, André-Pierre, S. Ducrot, F. Champagne et J.L. Denis, Modalités de financement de l'hôpital, modalités de provision de soins et régulation du système de santé, U de M, rapport de recherche du GRIS, décembre 1993, 124 pages.
- Carpentier, Jean, «Pouvoir médical et impuissance médicale», dans Médecine et Société, les années 80, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1986, pp. 355-370.
- Castel, R., «De l'intégration sociale à l'éclatement du social: l'émergence, l'apogée et le départ à la retraite du contrôle social», Revue internationale d'action communautaire, 20/60, automne 1988, pp. 67-77.
- Chauvenet, Antoinette, «La machine bureaucratique: effets de l'industrialisation de la médecine sur les rapports sociaux de production de soins», dans Médecine et Société, les années 80, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1986, pp. 339-354.
- Couture, Denise, «Technologies médicales et statut des corps professionnels dans la division du travail socio-sanitaire/Medical Technologies and Professional Status in the Division of Labor», Sociologie et Sociétés, vol. XX, no 2, octobre 1988, pp. 77-91.
- Dallaire, Clémence, Michel O'Neill et Christine Lessard, «Les enjeux majeurs pour la profession infirmière», dans Le système de santé au Québec. Organisation, acteurs et enjeux, Québec, Presses de l'Université de Laval, 1994, pp. 245-272.
- Demers, Louis, «La profession médicale», dans Le système de santé au Québec. Organisation, acteurs et enjeux, Québec, Presses de l'Université de Laval, 1994, pp. 213-243.
- Demers, Louis et Clermont Bégin, «Pouvoirs et contre-pouvoirs dans le secteur de la santé: deux cas de fusion», Recherches sociographiques, XXXI, 3, 1990, pp. 381-404.

- Denis, Jean-Louis, Ann Langley et André-Pierre Contandriopoulos, «La transformation du rôle des instances régionales dans le système de santé au Québec, le cas de Montréal-Centre», Revue française d'administration publique, décembre 1995, pp. 599-608.
- Deslauriers, Jean-Pierre, «Quelques enjeux de la réforme Côté», Nouvelles pratiques sociales, vo. 4, no.1, printemps 1991, pp. 1-57.
- Desrosiers, Georges, «Le système de santé canadien», Document non publié, septembre 1992.
- Desrosiers, Georges, Benoît Gaumer et Othmar Keel, Vers un système de santé publique au Québec. Histoire des unités sanitaires de comté: 1926-1975, U de M, Département de médecine sociale et préventive et Département d'histoire, 1991, 25 pages.
- Doré, Gérald, «L'organisation communautaire et les mutations dans les services sociaux au Québec, 1961-1991. La Marge et le mouvement comme lieux de l'identité», Service social, vo. 41, no 2, 1992, 131-162.
- Doucet, Laval, «Critique du livre Mouvement populaire et intervention communautaire de 1960 à nos jours: continuités et ruptures» (Louis Favreau, Montréal, Le Centre de formation populaire et les Éditions du Fleuve, 1989), Nouvelles pratiques sociales, vol. 3, no. 1, 1990, pp. 147-152.
- Dussault, Gilles, «La régulation des professions sanitaires: l'expérience du Québec/Regulating the Health Professions: the Quebec Experience», Sociologie et Sociétés, vol. XX, no 2, octobre 1988, pp. 125-141.
- Dussault, Gilles, «La régulation du travail médical: sources, formes, formulation», Ruptures. Revue transdisciplinaire en santé, U de M, GRIS, 1992, volume 2, numéro 2, pp. 151-164.
- Dussault, Gilles, «Les producteurs de services sociosanitaires», dans Le système de santé au Québec. Organisation, acteurs et enjeux, Québec, Presses de l'Université de Laval, 1994, pp. 187-210.
- Forest, Pierre-Gerlier, Susan A. Bryson et Jacques Lorion, «La participation des citoyens à l'administration des services de santé», dans Le système de santé au Québec. Organisation, acteurs et enjeux, Québec, Presses de l'Université de Laval, 1994, pp. 143-161.
- Fortin, Andrée, «Les organismes et groupes communautaires», dans Le système de santé au Québec. Organisation, acteurs et enjeux, Québec, Presses de l'Université de Laval, 1994, pp. 163-183.
- Fortin, Jean-Paul, Gisèle Groleau, Vincent Lemieux, Michel O'Neill et Paul Lamarche, L'action intersectorielle en santé, (rapport de synthèse), Québec, Université Laval, Équipe de recherche en organisation et évaluation des services de santé, Direction régionale de Santé publique de Québec, juin 1994, 44 pages.
- Fournier, Pierre et Louise Potvin, «Participation communautaire et programmes de santé: les fondements du dogme», Sciences Sociales et Santé, vol. 13, no 2, juin 1995, pp. 39-64.
- Germain, Annick et Pierre Hamel, «Les ambiguïté du pouvoir local», Revue internationale d'action communautaire, 13/53, 1985.
- Godbout, J.T., «Les relations central-local ou le rendez-vous manqué», Revue internationale d'action communautaire, 3/58, printemps 1985, pp. 125-129.
- Godbout, J.T., «Des grandes solutions pour des petits problèmes... À propos de la décentralisation», Revue internationale d'action communautaire, 20/60, automne 1988, pp. 139-143.
- Godbout, J.T., «La gestion néo-corporatiste du social», Revue internationale d'action communautaire, 19/59, printemps 1988, pp. 97-103.
- Godbout, J.T., «Donner son avis - La participation et la commission Rochon - », Sciences Sociales et Santé, vo. VII, no. 4, décembre 1989, pp. 40-48.
- Gouvril, Jean-Marie, La décentralisation régionale: un enjeu des rapports sociaux à l'intérieur des affaires sociales au Québec (1963-1971), U de M, Mémoire de maîtrise, 1979.

- Grimberg, Francis, «Médecine et philosophie: positivisme et esprit scientifique en médecine», Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé, U de M, GRIS, volume 2, numéro 2, pp. 122-127.
- Hamel, Pierre, «Contrôle ou changement social à l'heure du partenariat», Sociologie et sociétés, vol. XXV, no 1, printemps 1993, pp. 173-188.
- Lamoureux, Jocelyne, «Le commission Rochon: le communautaire, encore et toujours à la marge», Revue internationale d'action communautaire, 20/60, automne 1988, pp. 157-170.
- Langlois, Paul, «Deux têtes et quelques doigts de pied: la réforme de la santé et des services sociaux», Nouvelles pratiques sociales, vol. 5, no 1, 1992, pp. 130-133.
- Larivière, Michel, Les pouvoirs et les devoirs confiés aux régies régionales de la santé et des services sociaux, Rapport d'intervention présenté à l'ENAP en vue de l'obtention de la maîtrise en administration publique, Montréal, ENAP, juin 1993, 94 pages.
- Lefèvre, Michel, «La réforme de la santé: d'expédient en expédient», Le réseau de la santé et des Services sociaux, déc. 1993, pp. 22 à 28.
- Le Gouëff, Réal, «La réforme de la santé: un mal nécessaire», Psychologie préventive, no 25, 1994, pp. 31-40.
- Lemieux, Vincent, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger, Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1994, 370 pages.
- «Le réseau de la santé et des services sociaux. L'urgence d'un nouveau contrat social», Avenir, Cahier spécial, Québec, décembre 1993, 32 pages.
- Lesemann, Frédéric, «Décentralisation et services communautaires», Service social, vol. 38, no 2-3, 1989, pp. 23-45.
- Lesemann, F., «Éclatement ou recomposition du social? Quelques réflexions à partir de la situation du Québec et d'ailleurs...», Revue internationale d'action communautaire, 20/60, automne 1988, pp. 125-129.
- Lesemann, F., «Le rapport Rochon: l'introuvable consensus», Revue internationale d'action communautaire, 19/59, printemps 1988, pp. 137-143.
- Lesemann, Frédéric et Jocelyne Lamoureux, «L'interface entre les services sociaux publics et les ressources communautaires au Québec», Sciences Sociales et Santé, vol. VII, no. 4, décembre 1989, pp. 49-67.
- Maurel, E., «Où va l'action sociale?», Revue internationale d'action communautaire, 19/59, printemps 88, pp. 75-81.
- Nadeau, Jean Benoît, «Autoroute de la santé, attention virage dangereux», L'Actualité, 1^e avril 1996, pp. 21-31.
- Navarro, Vicente, «L'industrialisation du fétichisme: une critique d'Ivan Illich», dans Médecine et Société, les années 80, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1986, pp. 445-479.
- Peiser, Laurent et Clermont Bébin, «La réforme des services de santé au Québec. Quel avenir pour la profession médicale?», EROSS (Document de travail: 92-52), Document publié par la suite dans: Sciences sociales et Santé, vol. XI, no 7, mars 1993.
- Racine, P., «Gestion professionnelle et gestion technocratique des services sociaux», Revue internationale d'action communautaire, 19/59, printemps 1988, pp. 127-135.
- Renaud, Marc, «Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État «narcissiques»», Médecine et Société, les années 80, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1986, pp. 513-549.
- Renaud, Marc, «Réforme ou illusion? Une Analyse des interventions de l'État québécois dans le domaine de la santé/Reform or Illusion? An Analysis of the Quebec State Interventions in Health», Sociologie et Sociétés, vol. IX, no 1, avril 1977, pp. 127-152.

Renaud, Marc et Louise Bouchard, «Comment peut-on expliquer l'écart inexpliqué entre les investissements massifs dans les services de santé et leurs effets sur la santé de la population. Regard sur l'environnement social», Interface, vol. 15, no 2, mars-avril 1994, pp. 14-25.

Robert, Lionel, «Quinze mois après le rapport Rochon. Le partenariat entre le réseau institutionnel et la communauté: un paradigme à définir», Nouvelles pratiques sociales, vol. 2, no 1 printemps 1989, pp. 38-52.

Roy, Jean-Hugues, Profession: médecin, Montréal, Boréal, 1966, 272 pages.

Tremblay, Diane-Gabrielle, «Le développement économique local: de nouveaux partenariats entre les collectivités locales. L'Etat et le secteur communautaire», Revue Politiques et Management Public, vol. 13, no 4, décembre 1995, pp. 1-34.

Trottier, Sandra, «La réforme Côté et les organismes communautaires», Nouvelles pratiques sociales, vol. 4, no.1, printemps 1991, pp. 147-152.

Turgeon, Jean, «Bientôt vingt ans de régionalisation: qu'ont donc eu à faire les C.R.S.S.S.?», Service social, vol. 38, no 2-3, 1989, pp. 220 à 245.

Turgeon, Jean, «Les conditions de succès de la régionalisation des services de santé et des services sociaux. Soumission, opposition ou concertation? Les régions bientôt à la croisée des chemins», Troisième colloque du Réseau de recherche sociopolitique et organisationnelle en santé, Université Laval, octobre 1993, 22 pages.

Turgeon, Jean et Hervé Anctil, «Le ministère et le réseau public», dans Le système de santé au Québec. Organisation, acteurs et enjeux, Presses de l'Université de Laval, 1994, pp. 79-106.

Turgeon, Jean et Patrick Sabourin, «Reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux au Québec: la place des regroupements interétablissements», Administration publique du Canada, vol. 39, 1996.

Vaillancourt, Yves, «Quinze mois après le rapport Rochon. De Rochon à Lavoie-Roux: une introduction au dossier», Nouvelles pratiques sociales, vol. 2, no. 1, printemps 1989, pp. 24-36.

Valarié, P., «La décentralisation du social ou le social «négocié»», Revue internationale d'action communautaire, 20/60, automne 1988, pp. 131-137.

Zola K. Irving, «Culte de la santé et méfaits de la médication», Montréal, dans Médecine et Société, les années 80, Éditions Saint-Martin, 1986, pp. 31-51.

1.1) Le Système québécois de la santé mentale:

Alary, Jacques et al., Ressources alternatives en santé mentale dans la Montérégie, Montréal, U de M, École de service social, Groupe de ressources alternatives en santé mentale de la Montérégie, 1987, 2 volumes.

Bertihiaume, Nicole, «Les plans régionaux d'organisation de services: des outils pour la gestion des programmes», La planification régionale des services sociaux et de santé. Enjeux politiques et méthodologiques, Collectif sous la direction de Mireille Tremblay, Hung Nguyen et Jean Turgeon, Les Publication du Québec, 1996, pp. 51-65.

Blanchet, L., M.C. Laurendeau, D. Paul et J.F. Saucier (pour le Comité de santé mentale du Québec, MSSS), La prévention et la promotion en santé mentale. Préparer l'avenir, Montréal, Gaëtan Morin Editeur, 1993, 138 pages.

Bordeleau, Luc, «Orientations et priorités régionales», dans La planification régionale des services sociaux et de santé, Collectif sous la direction de Mireille Tremblay, Hung Nguyen et Jean Turgeon, Les Publication du Québec, 1996, pp. 65-77.

Boudreau, F., De l'asile à la santé mentale. Les soins psychiatriques: histoire et institutions, Montréal, Éditions Coopératives Albert Saint-Martin, 1984, 274 pages.

- Boyer, Thierry (ancien coordonnateur du programme de santé mentale à la RRSSSO et coordonnateur des services de longue durée au CH Pierre-Janet), «Développer des services destinés aux personnes nécessitant une aide de longue durée», Santé mentale au Québec, vol. XX, no 1, 1995, pp. 31-48.
- Bozzini, Luciano, «De l'Italie au Québec: implication de la réforme psychiatrique italienne», Santé mentale au Québec, 1986, XI, 1, pp. 133-148.
- Corrin, Ellen, «Les évidences en question» Santé mentale au Québec, juin 1986.
- Corin, E., G. Bibeau, J.C. Martin et R. Laplante, Comprendre pour soigner autrement. Repères pour régionaliser les services de santé mentale, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1990, 250 p.
- Corin, E., L. Tessier, G. Séguin-Tremblay, L. Bozzini et F. Grunberg (pour le Comité de la santé mentale, MSSS), Sortir de l'asile, Les Publications du Québec, 1986, 480 pages.
- Denis, Jean-Louis, Marie-Josée Fleury, François Champagne, André-Pierre Cantandriosoulos, Ann Langley, Raynald Pinault et Claude Sicotte, «La planification et le changement. Analyse de l'expérience des PROS dans le système de santé au Québec», dans La planification régionale des services sociaux et de santé. Enjeux politiques et méthodologiques, Collectif sous la direction de Mireille Tremblay, Hung Nguyen et Jean Turgeon, Les Publication du Québec, 1996, pp. 41-49.
- Dorvil, Henri, De l'Annonciation à Montréal. Histoire de la Folie dans la Communauté 1962-1987, Montréal, Les Éditions Emile-Nelligan, 1988, 280 pages.
- Dorvil, Henri et Jean Gagné, «La délicate cohabitation du communautaire et de l'institutionnel en santé mentale. Entrevue avec le ministre Marc-Yvan Côté», Nouvelles pratiques sociales, vol. 5, no 2, 1992, pp. 8-23.
- Duperré, Martine, «Du discours à la réalité dans le partenariat public-communautaire en santé mentale: une expérience au Saguenay-Lac-Saint-Jean», Nouvelles pratiques sociales, vol. 5, no 2, 1992, pp. 132-146.
- Gaucher, Dominique, «L'organisation des services en santé mentale au Québec: tendances actuelles/The Organization of Mental Health Services in Quebec: Present Trends», Sociologie et Société, vol. XVII, no 1, avril 1985, pp. 41-51.
- Keating, Peter, La science du mal. L'institution de la psychiatrie au Québec. 1800-1914, Montréal, Boréal, 1993, 208 pages.
- Laberge, D., «D'une forme instituée à une autre: considérations sur l'analyse de la désinstitutionnalisation», Revue internationale d'action communautaire, 19/59, printemps 1988, pp. 33-39.
- Lamontagne, Yves, L'ampleur des maladies mentales au Québec, Montréal, Québec Science, 1985, 99 p.
- Lamoureux, Jocelyne, Le partenariat à l'épreuve, Montréal, Editions Saint-Martin, 1994, 235 pages.
- Mercier, Céline et Deena White, «La Politique de santé mentale et la communautarisation des services», Santé mentale au Québec, vol. XX, no. 1, 1995, pp. 17-30.
- Morin, Paul, «Le mirage de l'innovation technologique», Santé mentale, vol. XX, no. 1, 1995, pp. 7-16.
- Nguyen, Hung, «La répartition interrégionale des ressources financières», La planification régionale des services sociaux et de santé. Enjeux politiques et méthodologiques, Collectif sous la direction de Mireille Tremblay, Hung Nguyen et Jean Turgeon, Les Publication du Québec, 1996, pp. 77-101.
- Pagé, J.-C., Les fous crient au secours, témoignage d'un ex-patient de Saint-Jean-de-Dieu, Montréal, Les éditions du Jour, 1961, 156 pages.
- Paquet, Roger, «La Politique de santé mentale: l'action en région. Réflexion d'un acteur», Santé mentale au Québec, 1995, vol. XX, no. 1, 1995, pp. 49-56.
- Poirier, Mario, Jean Gagné et Henri Dorvil, «De l'État-providence à l'État-limite: la nouvelle politique de santé mentale du Québec», Nouvelles pratiques sociales, vol. 2, no 1, printemps 1989.

Pour un réseau autonome en santé mentale (PRASM)?, Recueil de textes, Québec, GIFRIC, Cosame, 1987, 65 pages.

Sévigny, Robert, «Santé mentale et processus sociaux/Mental Health and Social Processes», Sociologie et Société, vol. XVII, no 1, avril 1985, pp. 5-14.

Tessier, Lise et Michèle Clément (pour le Comité de santé mentale du Québec, MSSS), La réadaptation psychosociale en psychiatrie. Défis des années 90, Montréal, Gaëtan Morin Editeur, 1992, 238 pages.

Tremblay, Margot, «Virage ambulatoire à Québec: l'équilibre en tête», Santé Mentale au Québec, volume XXI, no. 1, printemps 1996, pp. 97-111.

Tremblay, Mireille, Hung Nguyen et Jean Turgeon (dir.), La planification régionale des services sociaux et de santé. Enjeux politiques et méthodologiques, Collectif d'articles, Les Publication du Québec, 1996, 161 pages.

Tousignant, Michel et Viviane Kovess, «L'épidémiologie en santé mentale: le cadre conceptuel de l'enquête Santé-Québec/Epidemiology in Mental Health: the Conceptual Framework of the «Santé-Québec» Survey», Sociologie et Société, vol. XVII, no 1, avril 1985, pp.15-26.

Turgeon, Jean et Réjean Landry, «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, vol. 13, no 4, décembre 1995.

White, Deena, «Les processus de réforme et la structuration locale des systèmes. Le cas des réformes dans le domaine de la santé mentale au Québec», Sociologie et société, vo. XXV, no. 1, 1993, pp. 77 à 97.

White, Deena, «Pouvoir de la culture: les aspects politiques de l'intervention en santé mentale», Santé, Culture Health, vol. 7 (2-3), Montréal, 1990.

White, Deena and Céline Mercier, «The Coordination of Community and Public. Institutional Mental Health Services. Some Unintended Consequences», Social Science and Médecine, vol. 33, no 6, 1991.

White, Deena and Céline Mercier, «Reorienting Mental Health Systems: the Dynamics of Policy and Planning», International Journal of Mental Health, vo. 19, no 4, 1991.

White, Deena, Céline Mercier et Francine Desbiens, La mise en oeuvre d'une politique en santé mentale. Le développement des ressources communautaires, Protocole de recherche, GRASP, Université de Montréal, mars 1991.

White, Deena, Céline Mercier, Henri Dorvil et Lili Juteau, «Les pratiques de concertation en santé mentale: trois modèles», Nouvelles pratiques sociales, vol. 5, no 1, printemps 1992.

White, Deena, Céline Mercier et Denise Roy, Concertation et continuité des soins en santé mentale: trois modèles montréalais, GRASP, Rapport présenté au Conseil québécois de la recherche sociale, Juillet 1993.

White, Deena, Céline Mercier, Francine Desbiens et Marie-Claude Roberge, 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, 1994, 67 pages.

2. Littérature théorique:

Abravanel, Harry et al., La culture organisationnelle: aspects théoriques, pratiques et méthodologiques, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 1988, 280 pages.

Accardo, Alain, Initiation à la sociologie. L'illusionnisme social. Une lecture de Bourdieu, Bordeaux, Le Mascaret, 1991, 210 pages.

Accardo, Alain et Philippe Corcuff, La sociologie de Bourdieu. Textes choisis et commentés, Bordeaux, Le Mascaret, 1986, 247 pages.

- AcKerman, F. Kenneth, «The Movement Toward Vertically Integrated Regional Health Systems», Health Care Management Review, vol. 17, number 3, summer 1992, pp. 81-88.
- Afifi, A. Adbelmonem, «The Maturing Paradigm of Public Health», Public Health, vol. 15, 1994, pp. 223-235.
- Aldrich, Howard, «Centralization versus Decentralization in the Design of Human Service Delivery Systems: A Response to Gouldner's Comment». In Rosemary C. Sarri and Yeheskel Hansensfeld (eds.), The Management of Human Services, New York, Columbia University Press, 1978, pp. 51-79.
- Andreasen, Nancy, The Broken Brain. The Biological Revolution in Psychiatry, Perennial Library, 1985, 278 p.
- Ansart, Pierre, Les sociologies contemporaines, Paris, Editions du Seuil, 1990, 342 pages.
- Astley, WG et AH Van de Ven, «Central Perspectives and Debates in Organization Theory», Administrative Science Quarterly, 28, 1983, pp. 245-273.
- Austin, Carol. D, «Case Management: A Systems Perspective», The Journal of Contemporary Human Services, Families in Society, Vol. 74, No. 8, October 1993, pp. 451-458.
- Batifoulier, «Le rôle des conventions dans le système de santé», Sciences Sociales et Santé, vol. X, no 1, 1992, pp. 5-44.
- Benson, J. Kenneth, «The Interorganizational Network As a Political Economy», Administrative science quarterly, vol. 20, no 2, june 1975, pp. 229 à 249.
- Berger, Peter et Thomas Luckmann, La construction sociale de la réalité, Paris, Meridiens Klincksieck, 1986, 288 pages.
- Berry, Michel, Une technologie invisible? L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains, Paris, Centre de recherche en gestion, Ecole Polytechnique, juin 1983, 89 pages.
- Bolland, John M. and Jan V. Wilson, «Three Faces of Integrative Coordination: A Model of Interorganizational Relations in Community-Based Health and Human Services», Health Services Research, vol. 29, pp. 341-366.
- Bourdieu, Pierre, Choses dites, Paris, Editions de Minuit, 1987.
- Bourdieu, Pierre, «Le champ scientifique», Actes de la recherche en sciences sociales, no 2-3, pp. 88-104 (précédemment publié en 1975: «La spécificité du champ scientifique et les conditions sociales du progrès de la raison», Sociologie et Sociétés, Montréal, vol. 7, no 1, pp. 91-118).
- Bourdieu, Pierre, La noblesse d'État, Paris, Éditions de Minuit, 1989.
- Bourdieu, Pierre, Réponses, Paris, Editions du Seuil, 1992, 267 pages.
- Brachet, Philippe, «Problématique du partenariat de service public», Revue Politiques et Management public, vol. 13, no 1, mars 1995.
- Brown, Linda, Gary B. Cox, William E. Jones, Jeanette Semke, David G. Allen, Lewayne D. Gilchrist and Jan Sutphen-Mroz, «Effects of Mental Health Reform on Client Characteristics. Continuity or Care and Community Tenure», Evaluation and Programm Planning, Vol. 17, No. 1, pp. 63-72, 1994.
- Burgelman, R.A., «Intraorganizational Ecology of Strategy Mading and Organizational Adaptation: Theory and Field Researchs». Organization Science, 2 (3), pp. 239-262, 1991.
- Burns, L.R., «Matrix Management in Hospitals: Testing theories of Matrix Structure and Development», Administrative Science Quarterly, vol. 34, no 3, pp. 349-368.
- Bury, M.R., «Social Constructionism and Development of Medical Sociology», Sociology of Health & Illness. A Journal of Medical Sociology, vol. 8, 1996, pp. 137-169.

- Callon, Michel (dir.), «La protohistoire d'un laboratoire (chapitre 2)», La science et ses réseaux, Paris, La Découverte, 1989, pp. 66-116.
- Callon, Michel et Bruno Latour, «Les paradoxes de la modernité. Comment concevoir les innovations», Prospective et Santé, hiver 1986, pp.13-25.
- Castel, Robert, L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme, Paris, Minuit, 1976.
- Chanlat, Jean-François et Francine Séguin, L'analyse des organisations. une anthologie sociologique. Tome II: Les composantes de l'organisation, Montréal, Gaëtan Morin, 1987, 508 pages.
- Chanlat, Jean-François et al., L'individu dans l'organisation. les dimensions oubliées, Québec, Les Presses de l'Université Laval, Editions Eska, 1990, 825 pages.
- Charles, Cathy et Suzanne DeMaio, «Lay Participation in Health Care Decision Making: A Conceptual Framework», Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 18, no 4, Winter 1993, pp. 881-904.
- Charue-Duboc, Florence, Des savoirs en action. Contribution à la recherche en gestion, Paris, L'Harmattan, Logiques de gestion, 1994, 175 pages.
- Chazel, François, «Pouvoir, structure et domination», Revue française de sociologie, juillet-septembre 1983, XXIV-3, pp.369 à 393.
- Chen, H.T., Theory-Driven Evaluation, Newbury Park, Sage, 1990.
- Chin, Robert et Kenneth D. Benne, «Stratégies générales pour la production de changements dans les systèmes humains», dans Tessier, Roger et Yvan Tellier, Théories du changement social intentionnel. Participation, expertise et contrainte, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 1991, pp. 2-33.
- Clegg, R. Stewart, Frameworks of Power, Newbury Park, Sage Publications, 1989, 297 pages.
- Cleland, D.I. and W.R. King, Projet Management Handbook (3rd ed.), New York, Van Nostrand Reinhold, 1983.
- Cohen, D. Michael, James G. March and Johan P. Olsen, «A Garbage Can Model of Organizational Choice», Administrative Science Quarterly, vol. 17, no 1, 1974, pp. 1-26.
- Collée, Michel et Claude Quételet, Histoire des maladies mentales, Paris, PUF, Collection Que sais-je?, 1987.
- Conrad, A. Douglas, «Coordinating Patient Care Services in Regional Health Systems: The Challenge of Clinical Integration», Hospital & Health Administration, Vol. 38, No. 4, Winter 1993, pp. 491-508.
- Cook, Karen S., «Exchange and Power in Networks of Interorganizational Relations», The Sociological Quarterly, vol. 18, no 1, 1977, pp. 62-82.
- Cooper, Robert and Gibson Burell, «Modernism, Posmodernism and Organizational Analysis: An Introduction», Organization Studies, vol. 9 (1), 1988, pp. 92-111.
- Covaleski, Mark A. et Mark W. Dirsmith, «MBO and Goal Directedness in a Hospital Context», Academy of Management Review, vol. 6, no 3, 1981, pp. 409-418.
- Crozier, Michel et Erhard Friedberg, L'acteur et le système, Paris, Editions du Seuil, 1977, 498 pages.
- Davis, S.M. and P. R. Lawrence, Matrix, Addison-Wesley, 1977.
- Demers, Christiane et Pierre Simard, «Les théories du changement en sciences de la gestion: fondements, analogies et avenue de dépassement», Montréal, HEC, Cahier de recherche, no. 93-17, mars 1993.
- Denis, H., «Is the Matrix Organization a Cumbersome Structure for Engineering Projects», Project Management Journal, vol. 17, no 1, 1986, pp. 49-55.
- Denis, Jean-Louis, Ann Langley et Daniel Lozeau, «Anatomie d'un outil de gestion: la planification stratégique dans les organisations publiques de santé», Sciences sociales et santé, vol. X, no 1, mars 1992.

- Callon, Michel (dir.), «La protohistoire d'un laboratoire (chapitre 2)», La science et ses réseaux, Paris, La Découverte, 1989, pp. 66-116.
- Callon, Michel et Bruno Latour, «Les paradoxes de la modernité. Comment concevoir les innovations», Prospective et Santé, hiver 1986, pp.13-25.
- Castel, Robert, L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme, Paris, Minuit, 1976.
- Chanlat, Jean-François et Francine Séguin, L'analyse des organisations. une anthologie sociologique. Tome II: Les composantes de l'organisation, Montréal, Gaëtan Morin, 1987, 508 pages.
- Chanlat, Jean-François et al., L'individu dans l'organisation, les dimensions oubliées, Québec, Les Presses de l'Université Laval, Editions Eska, 1990, 825 pages.
- Charles, Cathy et Suzanne DeMaio, «Lay Participation in Health Care Decision Making: A Conceptual Framework», Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 18, no 4, Winter 1993, pp. 881-904.
- Charue-Duboc, Florence, Des savoirs en action. Contribution à la recherche en gestion, Paris, L'Harmattan, Logiques de gestion, 1994, 175 pages.
- Chazel, François, «Pouvoir, structure et domination», Revue française de sociologie, juillet-septembre 1983, XXIV-3, pp.369 à 393.
- Chen, H.T., Theory-Driven Evaluation, Newbury Park, Sage, 1990.
- Chin, Robert et Kenneth D. Benne, «Stratégies générales pour la production de changements dans les systèmes humains», dans Tessier, Roger et Yvan Tellier, Théories du changement social intentionnel. Participation, expertise et contrainte, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 1991, pp. 2-33.
- Clegg, R. Stewart, Frameworks of Power, Newbury Park, Sage Publications, 1989, 297 pages.
- Cleland, D.I. and W.R. King, Project Management Handbook (3rd ed.), New York, Van Nostrand Reinhold, 1983.
- Cohen, D. Michael, James G. March and Johan P. Olsen, «A Garbage Can Model of Organizational Choice», Administrative Science Quarterly, vol. 17, no 1, 1974, pp. 1-26.
- Collée, Michel et Claude Quételet, Histoire des maladies mentales, Paris, PUF, Collection Que sais-je?, 1987.
- Conrad, A. Douglas, «Coordinating Patient Care Services in Regional Health Systems: The Challenge of Clinical Integration», Hospital & Health Administration, Vol. 38, No. 4, Winter 1993, pp. 491-508.
- Cook, Karen S., «Exchange and Power in Networks of Interorganizational Relations», The Sociological Quarterly, vol. 18, no 1, 1977, pp. 62-82.
- Cooper, Robert and Gibson Burrell, «Modernism, Posmodernism and Organizational Analysis: An Introduction», Organization Studies, vol. 9 (1), 1988, pp. 92-111.
- Covaleski, Mark A. et Mark W. Dirsmith, «MBO and Goal Directedness in a Hospital Context», Academy of Management Review, vol. 6, no 3, 1981, pp. 409-418.
- Crozier, Michel et Erhard Friedberg, L'acteur et le système, Paris, Editions du Seuil, 1977, 498 pages.
- Davis, S.M. and P. R. Lawrence, Matrix, Addison-Wesley, 1977.
- Demers, Christiane et Pierre Simard, «Les théories du changement en sciences de la gestion: fondements, analogies et avenue de dépassement», Montréal, HEC, Cahier de recherche, no. 93-17, mars 1993.
- Denis, H., «Is the Matrix Organization a Cumbersome Structure for Engineering Projects», Project Management Journal, vol. 17, no 1, 1986, pp. 49-55.
- Denis, Jean-Louis, Ann Langley et Daniel Lozeau, «Anatomie d'un outil de gestion: la planification stratégique dans les organisations publiques de santé», Sciences sociales et santé, vol. X, no 1, mars 1992.

- Denis, Jean-Louis, Ann Langley et Linda Cazale, «Peut-on transformer les anarchies organisées? Leadership et changement radical dans un hôpital», Rupture. Revue transdisciplinaire en santé, Montréal, U de M, GRIS, vol. 2, no 2, 1995, pp. 165-190.
- Denis, Jean-Louis et François Champagne, «Pour comprendre le changement dans les organisations», Gestion, février 1990, pp. 44-55.
- Denis, Jean-Louis, François Champagne, André-Pierre Contandriopoulos et Pierre-Gerlier Forest, Les échanges interorganisationnels: état des connaissances, Montréal, U de M, GRIS, no N90-09, 1990, 17 p.
- Dill A. and DA. Rochefort, «Coordination, Continuity and Centralized Control: A Policy Perspective on Services Strategies to the Chronically Mentally Ill», Journal of Health and Social Behavior, 1989, vol. 12, pp. 99-108.
- D'Iribarne, Philippe, «Vers une gestion «culturelle» des entreprises», Annales des mines. Gérer et comprendre, no 4, septembre 1986, pp 77-84.
- Donabedian, A., «Aspects of Medical Care Administration», Ann Arbor, Health Administration Press, 1973.
- Doucet, Laval et Louis Favreau, Théorie et pratiques en organisation communautaire, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 1991, 468 pages.
- Drazin, Robert et Andrew H. Van de Ven, «Alternative Forms of Fit in Contingency Theory», Administrative Science Quarterly, vol. 30, décembre 1985, pp. 514-539.
- Dreyfus, Hubert et Paul Rabinow, Michel Foucault, un parcours philosophique, Paris, Editions Gallimard, 1984, 366 pages.
- Dupuis, Jean-Pierre, «Anthropologie, culture et organisation - Vers un modèle constructiviste-», L'individu dans l'organisation, les dimensions oubliées, J-F Chanlat (dir.), Québec, Les Presses de l'Université Laval, Editions Eska, 1990, pp. 533-553.
- Ellis, Peter, «Purchasers Versus Providers. Defining Roles in a Regionalized Health System», Forum. Healthcare Management/Gestion des soins de santé, volume 6, number 1, spring 1993, pp. 53-56.
- Ewald, F., «Le bio-pouvoir», Magazine littéraire, 1988, no 218, pp. 42-43.
- Fasolo, Emma and Renato Frisanco, «Mental Health Care: Recent Developments in Italy», Social Policy & Administration, Vol. 25, no. 3, September 1991, pp. 218-226.
- Fiol, Marlene C., «Seeing The Empty Spaces: Towards a More Complex Understanding of The Meaning of Power in Organizations», Organization Studies, Vol. 12 (4), 1991, pp. 547-564.
- Fleury, Marie-Josée et al., «Étude des conditions d'implantation d'un changement. Une analyse de l'institutionnalisation et de la désinstitutionnalisation des champs du système socio-sanitaire relatif à la problématique du SIDA», 1998, (à paraître).
- Ford, C. Robert, Frank S. McLaughlin et James Nixdorf, «Ten Questions about MBO», California Management Review, vol. XXIII, no 2, 1980, pp. 88-94.
- Ford, C. Robert and W. A. Randolph, «Cross-Functional Structures: A Review and Integration of Matrix Organization and Project Management», Journal of Management, vol. 18, no 2, 1992, pp. 267-294.
- Foucault, Michel, Folie et déraison, Paris, Gallimard, 1961.
- Foucault, Michel, Surveiller et punir. Naissance de la prison, Paris, Editions Gallimard, 1975, 318 pages.
- Friedberg, Erhard, Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée, Paris, Edition du Seuil, 1993, 404 pages.
- Friedberg, Erhard, «Les quatre dimensions de l'action organisée», Revue française de sociologie, XXXIII, 1992, pp. 531 à 557.

- Galbraith, J.R., «Matrix Organization Designs», Business Horizons, vol. 14, no 1, 1971, pp. 29-40.
- Galbraith, J.R., «Organization Design: An information-Processing view», in J.W. Lorsch and P.R. Lawrence (eds.), Organization Planning: Cases and concepts, Homewood (IL Irwin), 1972, pp. 49-74.
- Geremek, Bronislaw, La potence ou la pitié. L'Europe et les pauvres du Moyen Age à nos jour, Paris, Ballimard, 1987, 330 pages.
- Giddens, Antony, La construction de la société, Paris, Presses Universitaire de France, 1987, 474 pages.
- Gillies, Robin R. et al., «Conceptualizing and Measuring Integration: Findings from the Health Systems Integration Study», Hospital & Health Services Administration, vol. 38, vol. 4, 1993, pp. 467- 488.
- Gobeli, D.H. and E.W. Larson, «Project Management Research Program: A Status Report», Project Management Journal, vol. 17, no 1, 1986, pp. 24-25.
- Gobeli, D.H. and E.W., «Larson, Relative Effectiveness of Different Project Structures», Project Management Journal, vol. 18, no 2, 1987, pp. 81-85.
- Goffman, Erving, Asile. Études sur la condition sociale des malades mentaux, Paris, Les Éditions de Minuit, 1968, 447 pages.
- Gray, Barbara, «Conditions Facilitating Interorganizational Collaboration», Human Relations, vol. 38 (10), 1985, pp. 911-936.
- Greenwood, Royston et C.R. Hinings, «Understanding Strategic Change: the Contribution of Archetypes», Academy of Management Journal, 1993, vol. 36, no 5, pp. 1052-1081.
- Greenwood, Royston et C.R. Hinings, «Understanding Radical Organizational Change: Bringing Together the Old and the New Institutionalism», Academy of Management Review, 1996, vol. 21, no 4, pp. 1022-1054.
- Greiner, E. Larry et Arvind Bhambri, «New CEO Intervention and Dynamics of Deliberate Strategic Change», Strategic Management Journal, vol. 10, 1989, pp. 67-86.
- Hall, Richard H. et al., «Patterns of Interorganizational Relationships», Administrative Science Quarterly, vol. 22, no 3, 1977, pp. 457-474.
- Hamel, Pierre, «Les hypothèses les plus probantes quant aux facteurs de réussite en matière de développement local», Revue politiques et management public, volume 13, no 4, décembre 1995, pp. 58-75.
- Haning, David, Ronald D. Perray and Sharon Stewart Johnson, «Mental Health Reform in Washington State: The First Steps», Evaluation and Programm Planning, Vol. 17, No. 1, pp. 37-42, 1994.
- Hérichon, Emmanuel, La décentralisation, Paris, Que Sais-je?, 1983.
- Hickson, David, «Strudying Deciding: An Exchange of Views Between Mintzberg and Waters, Pettigrew, and Butler», Organization studies, Vol. 11 (1), 1990, pp. 1-16.
- Jobert, Bruno et Pierre Muller, L'État en action. politiques publiques et corporations, Paris, Presse Universitaires de France, 241 pages.
- Johnson, Gerry, «Managing Strategic Change: The Role of Symbolic Action», British Journal of Management, 1990, pp. 183-200.
- Johnson, Gerry, «Rethinking Incrementalism», Strategic Management Journal, vol. 9, pp. 75-91, 1988, pp. 75-91.
- Joyce, W.F., «Matrix Organization: A Social Experiment», Academy of Managemen Journal, vol. 29, no 3, 1986, pp. 536-561.

- Knights, David, Fergus Murray et Hugh Willmott, «Networking as Knowledge Work: A Study of Strategic Interorganizational Development in the Financial Services Industry», Journal of Management Studies, vol. 30, no 6, 1993, pp. 975-995.
- Kuhn, T.S. La structure des révolutions scientifiques, Paris, Flammarion, 1983.
- Lawless, Michael W et Moore, Rita A., «Interorganizational Systems in Public Service Delivery: A New Application of the Dynamic Network Framework» Human Relations, vol. 42, no12, 1989, pp. 1167-1184.
- Lemieux, Vincent, La structuration du pouvoir dans les systèmes politiques, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1989.
- Levine, Sol et Paul E. White, «Exchange as a Conceptual Framework for the Study of Interorganizational Relationships», Administrative Science Quarterly, vol. 5, no 4, 1961, pp. 583-601.
- Lucas, Rob, «Political-Cultural Analysis of Organizations», Academy of Management Review, 1987, vol. 12, no 1, pp. 144-156.
- Maheu, Louis et Jean-Marie Toulouse, «Présentation gestion du social et social en gestation», Sociologies et sociétés, vol. XXV, no 1, printemps 1993, pp. 7-24.
- Mapa, Joseph, CHE and Gerald P. Turner, FCCHSE, «Keys to Effective Regional Health Planning and Organizational Behaviour Approach», Health Care Management Forum. Gestion des soins de santé, vol. 6, no 3, automne 1993, pp. 51 à 54.
- March, J.G., «Réflexion sur le changement dans les organisations (chapitre 4)», Décisions et organisation, Paris, Les Éditions d'Organisation, 1991.
- McCann, J.E., «Design Guidelines for Social Problem-Solving Intervention», Journal of Applied Behavioral Science, 1983, vol. 19, pp. 177-189.
- Mezias, Stephen J. et Mary Ann Glynn, «The Three of Corporate Renewal: Institution, Revolution and Evolution», Strategic Management Journal, vol. 14, no 2, 1993, pp. 77-101.
- Miller, Danny et Peter Friesen, «Structural Change and Performance: Quantum Versus Piecemeal-Incremental Approches», Academy of management journal, vol. 25, n. 4, 1982, pp. 867-892.
- Mintzberg, Henry, «Les nouveaux rôles de la planification, des plans et des planificateurs», Gestion, mai 1994, pp. 6-14.
- Mintzberg, Henry, «Research Notes and Communications. What is Planning Anyway?», Strategic Management Journal, vol. 2, no 2, 1981, pp. 319-324.
- Mintzberg, Henry, The Rise and Fall of Strategic Planning, New York, The Free Press, 1994, 458 pages.
- Mintzberg, Henry, The Structuring of Organization, Englewood Cliffs, NJ Prentice-Hall, 1979.
- Morgan, Gareth, Images de l'organisation, Québec, Les Presses de L'Université Laval, Editions Eska, 1989, 556 pages.
- Morin, Edgar, «Pour un paradigme de complexité», Science avec conscience, Paris, Fayard, 1982, pp. 295-307.
- Newman, Michael et Fith Noble, «User Involvement as an Interaction Process: A Case Study», The Institute of Management Sciences, March 1990, pp. 89-113.
- Nonaka, Ikujiro, «A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation», Organization Science, vol. 5, no 1, february 1994, pp. 14-36.
- Oliver, Christine, «Strategic Responses to Institutional Processes», The Academy of Management, january 1991, vol. 16, no 1, pp. 145-180.

- Oliver, Christine, «The Antecedents of Deinstitutionalization», Organization Studies, 1992, 13/4, pp. 563-588.
- Pettigrew, Andrews, «Examining Change in The Long-Term Context of Culture and Politics», dans Pennings et ass. (eds), Organizational Strategy and Change, London, Jossey-Bass, 1985, pp. 269-319.
- Pettigrew, Andrews, «On studying Managerial Elites», Strategic Management Journal, 13, 1992, pp. 163-182.
- Posner, B.A., «What's All the Fighting About? Conflicts in Project Management», IEEE Transactions on Engineering Management, vol. 33, no 4, 1986, pp. 207-211.
- Powell, WW et P.J. DiMaggio, «Introduction», dans The New Institutionalism in Organizational Analysis, The University of Chicago Press, 1991, pp. 1-40.
- Power, Michael, «Making Things Auditable», Accounting, Organizations and Society, vol. 21, no 2/3, pp. 289-315, 1996.
- Price, J. L. and C.W. Mueller, Handbook of Organizational Measurement, Marshfield, Pritman Publishing Inc., 1986.
- Pritchard, Colin and Alex S. Cunliffe, «Mental Health Policy», Social Policy & Administration, Vol. 17, no. 1, Spring 1983, pp. 32-45.
- Provan, Keith. G. and H. Brinton Miward, «A Preliminary Theory of Interorganizational Network Effectiveness: A Comparative Study of Four Community Mental Health Systems», Administrative Science Quarterly, Vol. 40, 1995, pp. 1-33.
- Provan, Keith. G. and H. Brinton Miward, «Integration of Community-Based Services for the Severely Mentally and the Structure of Public Funding: A Comparison of Four Systems», Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 19, No. 4, Winter 1994, pp. 865-895.
- Provan, Keith. G., Juliann G. Sebastian and H. Brinton Milward, «Interorganizational Cooperation in Community Mental Health: A Resource-Based Explanation of Referrals and Case Coordination», Medical Care Research and Review, Vol. 53, No. 1, March 1996, pp. 94-119.
- Quinn, James Brian, «Managing Strategic Change», Sloan Management Review, vol. 21, été 1980, pp. 3-20.
- Quinn, James Brian, «Strategic Change: Logical Incrementalism», Sloan Management Review, automne 1978, pp. 7-19.
- Ramaprasad, Arkalgud, «Revolutionary Change and Strategic Management», Behavioral Science, vol. 27, 1982, pp. 387-392.
- Randolph, W. A. and B. Z. Posner, Getting the Job Done. Managing Project Teams and Task Forces for Success, Englewood Cliffs, NJ Prentice-Hall, 1992.
- Reger, Rhonda K, Loren T. Gustafson, Samuel M. Demarie and John V. Mallane, «Reframing the Organization: Why Implementing Total Quality Is Easier Said than Done», Academy of Management Review, vol. 19, no. 3, pp. 565-584.
- Reitter, R. et al., Culture d'entreprise. Étude sur les conditions de réussite du changement, Paris, Vuibert gestion, 1991, 286 pages.
- Reynaud, Jean-Daniel, «Régulation de contrôle et régulation autonome dans les organisations», Revue française de sociologie, janvier-mars 1988, XXIX-1, pp. 5 à 18.
- Ring, P.S. et A.H. Van de Ven, «Developmental Processes of Cooperative Interorganizational Relationships», Academy of Management Review, 19 (1), 1994, pp. 90-118.
- Riveline, Claude, «Un point de vue d'ingénieur sur la gestion des organisations», Annales des mines, décembre 1991, pp. 50-74.
- Rocher, Guy, Introduction à la sociologie générale, Québec, Éditions Hurtubise HMH Ltée, 1992, 685 pages.

- Rodgers, Robert and John E. Hunter, «A Foundation of Good Management Practice in Government : Management by Objectives», *Public Administration Review*, Vol. 52, No. 1, January/February, 1992, pp. 27-39.
- Ross, Austin, «Organizational Linkages: Management Issues and Implications», *New England Journal of Medicine*, October 1979, pp. 812-818.
- Schendel, Dan, «Introduction to the Summer 1994 Spécial Issue-Strategy: Search for New Paradigms», *Strategic Management Journal*, Vo. 15, 1994, pp. 1-16.
- Schmidt, Stuart M. and Thomas A. Kochan, «Interorganizational Relationships: Patterns and Motivations», *Administrative Science Quarterly*, June 1977, volume 22, pp. 220-234.
- Scott, W. R. et Meyer, J.W., «The Organisation of Societal Sectors: Propositions and Early Evidence», dans W.W. Powell et D.J. DiMaggio (eds.), *The New Institutionalism in Organization Analysis*, Chicago, University of Chicago Press, chap. 5, 1991, p. 108-140.
- Séguin, Francine et Jean-François Chanlat, *L'analyse des organisations, une anthologie sociologique. Tome I: Les théories de l'organisation*, Montréal, Gaëtan Morin, 1992, 482 pages.
- Semke, Jeanette et al., «Impact of Mental Health Reform on Service Use», *Evaluation and Program Planning*, Vol. 17, No. 1, pp. 73-79, 1994.
- Sfez, Lucien, *Critique de la décision*, Paris, Presse de la Fondation nationale des sciences politiques, 1981, 391 pages.
- Shore MF et MD Cohen, «The Robert Wood Johnson Foundation Program on Chronic Mental Illness: An Overview», *Hospital and Community Psychiatry*, 1990, vol. 41, pp. 1212-1216.
- Stern, Robert N., «The Development of an Interorganizational Control Network: The Case of Intercollegiate Athletics», *Administrative Science Quarterly*, vol. 24, 1979, pp. 242-266.
- Tessier, Roger et Yvan Tellier, *Théories du changement social intentionnel. Participation, expertise et contrainte*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 1991, 330 pages.
- Thomason, Jane A. and Stephen G. Karel, «Integrating National and District Health Planning in a Decentralized Setting», *Evaluation and Program Planning*, volume 17, number 1, january-march 1994, pp. 13-18.
- Thompson, James D. et William J. McEwen, «Organizational Goals and Environment» dans Amitai Etzioni (ed.), *A Sociological Reader on Complex Organization*, second edition, New York, Holt, Rinehart & Winston, pp. 187-196.
- Thompson, Kenneth R., Fred Luthans et Willbann D. Terpening, «The Effects of MBO on Performance and Satisfaction in a Public Sector Organization», *Journal of Management*, 1981, Vol. 7, No 1., pp. 53-68.
- Tushman, Michael L. and Elaine Romanelli, «Organizational Evolution: A Metamorphosis Model of Convergence and Reorientation», dans L.L. Cummings and B. Staw (eds), *Research in Organizational Behavior*, vol. 7, JAI Press, 1985, pp. 171-222.
- Valette, Annick, «La formation de l'offre de soins à l'hôpital public: le rôle des ressources critiques dans la construction des relations entre l'hôpital et son environnement», *Sciences Sociales et Santé*, vol. XII, no 2, juin 1994, pp. 43-77.
- Van de Ven, A. H., «The Institutional Theory of John R. Commons: A Review and Commentary», *Academy of Management Review*, (janvier), vol. 18, no 1, 1993, pp. 139-152.
- Van de Ven, Andrew et Marshall Scott Poole, «Explaining Development and Change in Organizations», *Academy of Management Review*, august 1994, pp. 1-49.
- Van Der Zwaan, A.H., «Health Care Institutions in a Régional Network: a Longitudinal Case Study of Inter-organizing», *Social Science & Medicine*, an International Journal, volume 25, number 1, 1987, pp. 481-484.

- Van Meter, Karl M. et al., La sociologie. Textes essentiels, Paris, Larousse, 1992, 831 pages.
- Walden, Theodore, Katie Hammer and Carol H. Kurland, «Case Management: Planning and Coordinating Stratégies», Administration in Social Work, Vol. 14, No. 4, 1991, pp. 61-71.
- Warren, R.L., «The Interorganizational Field as a Focus for Investigation», Administrative Science Quarterly, vol. 12, 1967, pp. 397-419.
- Whetten, David A., «Interorganizational Relations: A Review of the Field», Journal of Higher Education, vol. 52, no 1, 1981, pp. 1-28.
- White, K.B., «MIS Project Teams. An Investigation of Cognitive Style Implications», MIS Quarterly, vol. 8, no 2, 1994, pp. 95-101.
- Wilkins, Alan L. and W. Gibb Dyer JR., «Toward Culturally Sensitive Theories of Culture Change», Academy of Management Review, vol., 13, no 4, 1988, pp. 522-533.

3. Littérature méthodologique:

- Bédard, Michel G. et al., La méthode de cas. Guide d'analyse, d'enseignement et de rédaction, Montréal, Gaëtan Morin, 1991, 90 pages.
- Champagne, François, André-Pierre Contandriopoulos et Raynald Pineault, Cadre conceptuel à l'évaluation des programmes de santé, Montréal, Université de Montréal, GRIS, N83-02, 1983, 18 pages.
- Champagne, François et Jean-Louis Denis, «Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions: l'analyse de l'implantation», Service social, 1992, pp. 143-163.
- Charmaz, Kathy, «Review Essay. Social Science in Health Studies: An Interdisciplinary Approach», Sociology of Health & Illness. A Journal of Medical Sociology, volume 8, 1986, pp. 278-290.
- Contandriopoulos, André-Pierre, «L'évaluation dans le domaine de la santé. Concepts et méthodes», Bulletin, vol. XXXIII, no 1, février 1993, pp. 12-17.
- Contandriopoulos, André-Pierre et al., Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1990, 196 pages.
- Degeorges, Olivier, Eric Monnier et Vincent Spenlehauer, «L'évaluation comme outil de légitimation: Le cas des grandes organisations internationales», Revue Politiques et Management public, Volume 8, no 4, décembre 1990, pp. 1-23.
- Denis, Jean-Louis et François Champagne, Analyse de l'implantation, Université de Montréal, GRIS, 1990, 71 pages.
- Eisenhardt, K.M., «Building Theories form Case Study Research», Academy of Management Review, 14 (4), 1989, pp. 532-550.
- Folsom, Chair et al., «A Framework for Evaluating Devolution. Prepared for the Task Force on Devolution», Premier's Council on Health, Well-Being and Social Justice by ARA Consulting Group, 1994, 50 pages.
- Huberman, Michael A. et Matthew B. Miles, Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes, Bruxelles, Editions du Renouveau pédagogique, 1991, 480 pages.
- Lincoln, Yvonna S. and Egon G. Guba, Naturalistic Inquiry, 1985, 416 pages.
- Monnier, Eric et Vincent Spenlehauer, «L'évaluation dans le triangle de la décision. Opinions singulières et processus pluraliste», Revue politiques et management public, Vol. 10, no 3, septembre 1992, pp. 61-82.
- Patton, Michael Quinn, Qualitative Evaluation and Research Methods, California, Sage Publications, Inc., 1990, 532 pages.

Pineault, Raynald et Carole Daveluy, La planification de la santé. Concepts, méthodes et stratégies, Montréal, Éditions Nouvelles, 1995, 480 pages.

Pineault, Raynald et Lise Goulet, «Les indicateurs de santé: les utiliser, oui, mais ne pas en abuser», Ruptures. Revue transdisciplinaire en santé, U de M, GRIS, volume 2, numéro 2, pp. 140-151.

Pourtois, Jean-Pierre et H. Desmet, «Pour une recherche qualitative et néanmoins scientifiques», Réseaux, no. 55-56-57, p. 13 à 35.

Strauss, Anselm et Juliet Corbin, Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques, California, Sage Publications, Inc., 1990, 270 pages.

Yin, Robert, Applications of Case Study Research, Newbury Park, Sage Publications, 1993, 131 pages.

Yin, Robert, Case Study Research. Design and Méthods, Newbury Park, Sage Publications, 1989, 166 pages.

ANNEXES

ANNEXE I
Guides d'entrevues

Guide général d'évaluation du PROS.SMM

Caractéristiques des répondants:

- Nom:.....
- Poste:.....
- Établissement ou organisme:.....
- Sous-région de la Montérégie:.....
- Rôle à l'intérieur du PROS (participation à des comités de concertation):.....
- Profession:.....

1. Analyse du degré d'implantation du PROS

A. Questions générales:

1. Quelle est votre représentation du PROS en santé mentale?
2. Jusqu'à quel point considérez-vous que le PROS est un outil de gestion valide?
3. D'après vous, en quoi les organismes communautaires et institutionnels diffèrent-ils?
4. En quoi l'implication de l'intersectoriel peut-elle changer la dynamique des services de santé mentale, d'après vous?
5. Quel est le rôle des acteurs (des individus particuliers) dans le processus d'implantation du PROS en santé mentale, d'après vous?

B. Structures du PROS.SM:

6. Selon vous, quels rôles ont joué les comités tripartites sous-régionaux dans l'élaboration et l'implantation du PROS?
7. Selon vous, quels rôles jouent les tables de concertation?
8. Au niveau sous-régional, le remplacement des comités tripartites par les tables de concertation a amené, d'après vous, quels changements?
9. Quels sont, d'après vous, les changements apportés au niveau sous-régional par la mise en place des différentes structures du PROS (comités tripartites sous-régionaux, comité tripartite régional et tables de concertation)? Selon vous, en quoi la nature des rapports entre les structures sous-régionales et régionales modifie la dynamique locale en santé mentale?
10. Selon vous, quel rôle a joué le comité tripartite régional dans l'élaboration du PROS et quel rôle joue-t-il dans son implantation aujourd'hui?
11. Selon vous, quelles sont les conditions qui favorisent ou font obstacle à la performance des comités tripartites sous-régionaux, des tables de concertation et du comité tripartite régional?

12.Comment s'opère, d'après vous, la réconciliation à l'intérieur du PROS.SM de la structure de financement et de gestion par programmes avec les structures de participation et de gestion décentralisée (les comités et tables tripartites)?

13.D'après vous, le PROS en santé mentale incite-il les relations entre organisations de différentes sous-régions de la Montérégie?

14.Selon vous, quelles sont les stratégies développées par la régie régionale pour actualiser la structure par programmes à l'intérieur du PROS en santé mentale?

15.Quels sont les facteurs qui font obstacle ou facilitent la gestion et le financement par programmes, d'après vous?

C. RRSSSM, MSSS, contexte socio-économique et autres secteurs de la santé:

16.Quels rôles devraient jouer la RRSSSM dans le système de santé, particulièrement de la santé mentale?

17.En quoi les rapports entre la régie régionale et le gouvernement (MSSS) modifient l'évolution du PROS en santé mentale, d'après vous?

18.En quoi le contexte socio-économique actuel modifie l'évolution du PROS en santé mentale, d'après vous?

19.En quoi les stratégies d'allocation des ressources et l'orientation des activités dans les autres secteurs font obstacle ou facilitent la gestion et le financement par programmes du PROS en santé mentale, d'après vous?

2. Analyse du degré de coordination latérale:

20.Selon vous, est-ce que le PROS a amené des changements dans la collaboration interorganisationnelle en santé mentale?

21.Selon vous, quels sont les changements amenés par le PROS en termes de collaboration entre les organisations du secteur public, des ressources communautaires et de l'intersectoriel?

22.Selon vous, est-ce que le PROS a amené des changements en termes d'intégration des services de santé mentale?

3. Analyse des effets:

23.Selon vous, quelle est la contribution du PROS à l'ajustement des ressources en santé mentale aux besoins de la population?

24.Selon vous, quelle est la contribution du PROS à la qualité de la dispensation des services en santé mentale (accessibilité, continuité, globalité et humanisation des services)?

25.Jusqu'à quel point pensez-vous que le PROS en santé mentale a amené des changements dans la pratique des intervenants?

26.Pensez-vous que les objectifs poursuivis par le PROS ont été atteints?

27.Quels seraient, d'après vous, les mécanismes susceptibles d'initier d'importants changements dans l'organisation des services de santé mentale?

4. Autres:

28.Selon vous, comment devrait être organisé le système de santé mentale pour améliorer la distribution des services?

**Guide d'entrevues du PROS.SMM:
Questions spécifiques préparées pour une rencontre
avec trois gestionnaires de la RRSSM**

1) Régie régionale versus MSSS:

•A quel point considérez-vous que la régie régionale possède les outils pour gérer le système de santé?

- *obtention des budgets de la RAMQ (rémunération des médecins)
- *contrôle des institutions (CH, CLSC, etc.)
- *budget SOC -soutien aux organismes com.- (lien avec les PROS)
- *contrôle/évaluation des organismes communautaires
- *enveloppe fermée pour les programmes

(Dans le document, «Vers un virage santé bien-être», il est fait mention: «les RRSSS (...) enveloppes régionales globales constituées selon l'approche populationnelle pondérée et en harmonie avec l'approche par programme ou par champ... à compter de l'exercice débutant le 1^e avril 1996.)

- Comment percevez-vous les rôles et les responsabilités du MSSS versus des régies régionales?
- Depuis le passage du CRSSS au statut de régie régionale, à combien évaluez-vous le nombre des effectifs ajoutés à la régie régionale de la Montérégie?
- Pouvez-vous me parler du transfère des DSP à la régie?

2) Régie régionale versus sous-région:

- Quelle est votre perception du rôle et des responsabilités des sous-régions versus de la régie?
- Avant le PROS en santé mentale, comment était structuré le secteur de la santé mentale à la régie régionale?
- Pouvez-vous me tracer le parcours historique des responsabilités et des rôles des tables sous-régionales?
- Quel impact a, d'après vous, le remplacement des CTSR par les tables sous-régionales?
- Quelle est la pertinence du CTR.SM dans la structure actuelle, étant donné qu'il est le seul comité régional ayant le mandat de «protecteur» d'un PROS?
- Quels sont les rapports entre les différentes instances consultatives: CTR, TSR, CTSR, comité de désins...?
- Pouvez-vous me préciser quels sont les rôles et les responsabilités des conseillers sous-régionaux?
- Pouvez-vous me tracer, d'une façon générale, un portrait de l'infrastructure régionale venant appuyer «l'implantation du PROS en santé mentale»?
- Pouvez-vous me tracer un portrait des perceptions que vous avez des dynamiques sous-régionales des quatre sous-régions de notre étude (Longueuil, Châteauguay, St-Hyacinthe et Granby) - interaction entre acteurs et groupes d'acteurs... - ?

3) PROS santé mentale:

- Où en sont les démarches quant à l'acceptation du PROS.SM par le MSSS?
- Combien «de nouveaux fonds» le PROS en santé mentale a-t-il reçus comparativement aux sommes qui étaient escomptées?
- Comment ont été répartis ces montants: organismes communautaires, établissements, etc.?
- Quel pourcentage de l'allocation des nouveaux fonds de développement a été géré selon le PROS.SM?
- Les fonds octroyés par le MSSS à la sous-région de Châteauguay lors de l'ouverture de son CH ont-ils été gérés, pour le volet de la santé mentale, selon les directives du PROS.SM?

- Pouvez-vous me parler du mécanisme d'appels d'offre? (de quelle façon s'effectue la diffusion d'un appel d'offre?)
- D'après vous, quelles sont les conditions qui favorisent ou font obstacle à la performance de l'approche par programmes et de la procédure d'appels d'offre?
- Parlez-moi des procédures évaluatives que vous effectuez pour le programme de santé mentale?
- Quelle est la place de l'utilisateur dans les structures consultatives du PROS.SM?
- Quelle est l'implication des médecins en cabinet privé au PROS en santé mentale ?
- Quelle stratégie est mise de l'avant par les responsables de la régie régionale pour actualiser des projets interorganisationnels concrets en santé mentale?

4) Autres PROS:

- Quels sont les autres PROS finalisés en Montérégie?
- Pouvez-vous, d'une façon comparative au PROS en santé mentale, m'expliquer quels sont les mécanismes d'élaboration et d'implantation des autres PROS?

5) Régie régionale versus organisations

- Quelle est la place (rôles et responsabilités) des organismes communautaires et des ressources alternatives au sein du réseau de la santé?
- Quels sont les mécanismes utilisés pour la diffusion de l'information dans les organisations des décisions et des orientations prises dans les structures de concertation?
- En quoi l'implication de l'intersectoriel peut-elle changer la dynamique des services de santé mentale, d'après vous (réalisation de projets concrets)?

6) L'avenir des PROS

- Certaines personnes parlent des PROS comme un modèle de planification périmé, qu'est-ce que vous pensez de cette affirmation?

**Guide d'entrevues PROS.SMM:
Questions spécifiques sur le financement
du secteur de la santé mentale**

Question générale: Comment est financé le secteur de la santé mentale et quels sont les principaux changements amenés par le PROS.SM?

1) Pouvez-vous me tracer un portrait de l'articulation du financement du secteur de la santé mentale du niveau provincial au niveau régional?

sous-questions:

a) Le financement est-il distribué par le MSSS aux régies par enveloppe globale, par champs ou par programmes?

b) Y a-t-il un budget protégé pour la santé mentale?

c) A combien évaluez-vous le pourcentage du financement attribué à la santé mentale par les RRSSS, mais orienté par des directives ministérielles (argent «tagué»)?

d) Quelles sont les spécificités du financement de la santé mentale par rapport à d'autres programmes?

2) Comment sont distribués les fonds attribués à la santé mentale de la RRSSSM aux organisations dispensatrices de services?

sous-questions:

a) Comment s'arrime le budget alloué par le PROS.SM et le budget global des CH (et les autres collaborateurs institutionnels en santé mentale)?

b) Comment s'arrime le budget alloué par le PROS.SM par programmes et le SOC?

c) Comment se fait la vérification des fonds distribués pour la santé mentale par le PROS au secteur institutionnel?

d) Quels principaux changements en matière de modalités d'allocation financière dans le secteur de la santé mentale a amené la régionalisation des services (passage du statut de conseil à celui de régie de l'instance régionale)?

3) Comment s'articule le financement des organismes dispensateurs de services de santé mentale et le PROS.SM?

sous-questions:

a) Comment évaluez-vous la perception de la clarté de la notion de programmes par les principaux gestionnaires du système de dispensation des services?

b) A quel degré l'approche par programmes est-elle implantée dans les établissements de la Montérégie?

«(...) 1970 introduction du budget globale et du système de rationalisation des choix budgétaires, RCB, qui impliquait la mise en place de programmes interétablissements (...) C'est ainsi que le budget du système de la santé et des services sociaux fut donc faussement qualifié de budget de programmes alors qu'il ne référait qu'à des catégories d'établissements et, au sein de ceux-ci, à des centres d'activités (Bégin, 1989).»

- c)** Dans les CH, y a-t-il un budget protégé pour la santé mentale?
- d)** Quelle marge de manoeuvre les hôpitaux ont pour réallouer les enveloppes budgétaires entre leurs programmes et comment cette réallocation s'arrime au PROS.SM?
- e)** Est-il vrai d'affirmer que les allocations budgétaires allouées par appels d'offre et par programmes à l'intérieur des CH après un certain temps viennent s'ajouter au budget global des CH et qu'il n'est ainsi plus possible ou que peu de vérifier si les allocations budgétaires allouées par le PROS.SM sont toujours consacrées aux programmes pour lesquels elles ont été octroyées?
- f)** Quels sont, d'après vous, les éléments perturbateurs à l'implantation de l'approche par programmes?
- g)** Comment réconcilie-t-on le concept d'approche par programmes avec un financement de base dans le cas des organismes communautaires (SOC)?

4) Quels sont les incitatifs à l'implantation de l'approche par programmes mis en place par la RRSSSM?

sous-questions:

- a)** Parmi ces incitatifs quelle place prend la procédure d'appels d'offre (positionnement stratégique de la procédure d'appels d'offre)?
- b)** Quels sont les mécanismes faisant obstacle à l'implantation de la procédure d'appels d'offre?

5) Comment évaluez-vous la coordination du réseau depuis l'implantation du PROS.SM?

sous-questions:

- a)** A quel degré pouvez-vous relier la coordination actuelle du réseau de santé mentale au développement de l'approche par programmes?
- b)** A quel degré pouvez-vous relier la coordination actuelle du réseau de santé mentale à l'implantation de structures de concertation?
- c)** A quel degré considérez-vous que la coordination du système est redevable à des personnes-clés bien positionnées dans le système - leadership - ?

6) Questions générales:

- a)** Quel est votre degré d'appréciation des systèmes d'information venant supporter la gestion et le financement par programmes?

«Les systèmes sont envisagés pour la gestion, soit sur une base d'établissements, soit sur une base de profession. La dimension de programme n'est pas présente dans ces systèmes. Quoiqu'il existe beaucoup d'information pour supporter l'approche par programme, il faut prévoir certaines difficultés à mettre ces informations en relation entre elles (Comité MSSS/RRSSS, 1992).»

- b)** Quels sont les changements que souhaite faire la RRSSSM en matière de financement du programme de santé mentale?

**Guide d'entrevues du PROS.SMM:
Évaluation comparative du PROS.SM et
des autres PROS en Montérégie**

Question générale: Quelles sont les différences marquantes en matière d'élaboration et d'implantation des PROS, si on les compare avec le PROS en santé mentale?

a) Phase d'élaboration:

- 1) Si l'on compare les autres PROS à celui de la santé mentale, quelle évaluation faites-vous de la démocratisation du processus décisionnel?
- 2) Si l'on compare les autres PROS à celui de la santé mentale, quelle évaluation faites-vous de la facilité à concilier les différents intérêts des acteurs pour en arriver à une décision relativement consensuelle?
- 3) Si l'on compare les autres PROS à celui de la santé mentale, quelle évaluation faites-vous de la sous-régionalisation du processus décisionnel?
- 4) Si l'on compare les autres PROS à celui de la santé mentale, quelle évaluation faites-vous de la collaboration interorganisationnelle (particulièrement entre le 1^{er} et le 2^e tiers)?
- 5) Si l'on compare les autres PROS à celui de la santé mentale, à quel degré les considérez-vous, pour la RRSSM, un outil de la régionalisation de la gestion des services?
- 6) Si l'on compare les autres PROS à celui de la santé mentale, à quel degré les considérez-vous un outil de restructuration du système?
- 7) Si l'on compare les autres PROS à celui de la santé mentale, comment évaluez-vous la flexibilité des programmes?
- 8) Comment à jouer le contexte financier sur l'élaboration du PROS en santé mentale comparativement aux autres PROS?

b) Phase d'implantation:

- 1) Si l'on compare les autres PROS à celui de la santé mentale, quelle évaluation faites-vous du sentiment d'appartenance des acteurs des différents programmes à leurs intérêts sous-régionaux versus ceux de leur programme de santé respectif?
- 2) Si l'on compare les autres PROS à celui de la santé mentale, comment considérez-vous la facilité des différents acteurs des programmes à se rallier aux impératifs du réseau versus ceux de leurs intérêts organisationnels et professionnels?
- 3) Si l'on compare les autres PROS à celui de la santé mentale, comment évaluez-vous l'implantation de l'approche par programmes?
- 4) Si l'on compare les autres PROS à celui de la santé mentale, à quel degré évaluez-vous le pourcentage du financement qui s'effectue selon la procédure d'appels d'offre?

5) Si l'on compare les autres PROS à celui de la santé mentale, comment évaluez-vous la collaboration interorganisationnelle (formelle, informelle, structures participatives, mise en place de projets interorganisationnels concrets...)?

6) Si l'on compare les autres PROS à celui de la santé mentale, comment qualifiez-vous l'impact de la réforme sur la structuration du secteur (compression budgétaire, réallocation financière, virage ambulatoire, virage «communautaire», etc.)?

7) Si l'on compare les autres PROS à celui de la santé mentale, comment évaluez-vous le contrôle de la RRSSM sur l'organisation des services?

c) Questions générales:

1) D'après vous, quel a été l'impact du caractère précurseur des PROS en santé mentale par rapport aux autres PROS?

2) D'après vous, à quel point le statut de conseil de l'instance régionale a joué sur la mise en oeuvre des PROS en santé mentale par rapport à d'autres PROS ayant été élaborés lorsque l'instance régionale avait plutôt le statut de régie?

3) En Montérégie, à quel degré pensez-vous que l'expérience acquise en matière de régionalisation des services et de démocratisation du processus «décisionnel» au cours des années 1980 a pu influencer la structuration du PROS en santé mentale comparativement aux autres PROS?

4) Quelle évaluation générale faites-vous de l'implantation du PROS en santé mentale comparativement aux autres PROS?

5) Quelle évaluation faites-vous de la rencontre des objectifs du PROS en santé mentale versus des autres PROS?

6) Comment expliquez-vous la pertinence du rôle du comité tripartite régional en santé mentale, seul comité de ce type pour les différents programmes?

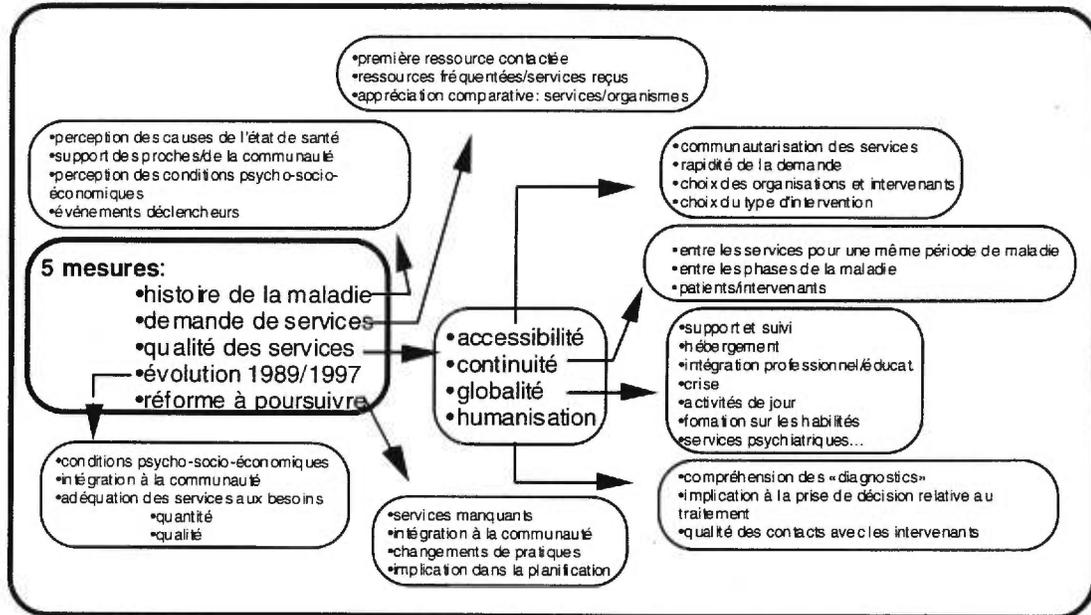
7) Quelle place prend l'évaluation dans le PROS en santé mentale versus dans d'autres PROS (suivi de programmes, implantation d'indicateurs de programmes, d'indicateurs sanitaires, etc.)?

8) Quelle évaluation faites-vous de la pertinence de «l'outil PROS» en santé mentale versus pour d'autres programmes de santé?

Évaluation du *PROS.SMM*: Vision des usagers et de leurs proches

a) Mesures examinées dans l'analyse:

Figure 1: Mesures pour analyser la perception des usagers des services de santé mentale



b) Guide d'entrevues:

1) Histoire de la maladie

- Parlez moi des difficultés qui vous font demander de l'aide?
- Comment réagissent vos proches face à vos difficultés (implication de la famille, type d'aide désirée, type d'aide reçue)?
- Comment avez-vous essayé de régler vos difficultés (avant la demande d'aide dans le réseau)?

2) Demande de services

- Quand cela va mal, à quel service ou à quelle personne faites-vous appel en premier? (urgence du CH, groupe communautaire, CLSC, centre de crise, ami et parent, police, Info-Santé, etc.)
- D'une façon générale, dans le réseau, quelles sont les ressources que vous fréquentez ou les services que vous utilisez?

- Pouvez-vous me comparer ces ressources ou ces services (genre de services reçus, relation avec les intervenants, disponibilité des services, etc.)?

3) Qualité des services

a) volet accessibilité des services

- Est-ce que vous trouvez que les services sont suffisamment disponibles à proximité de votre demeure?
- Quand vous avez besoin d'aide, les ressources ou les services du réseau répondent-ils suffisamment rapidement à votre demande?
- Trouvez-vous que vous avez suffisamment le choix du genre de ressources que vous voulez fréquenter ou du genre de services que vous voulez recevoir ou du type d'intervenants avec qui vous voulez travailler?

b) volet globalité des services

- Trouvez-vous qu'il y a assez de services pour vous supportez dans vos vies, pour vous suivre dans vos activités quotidiennes?
- Quels sont les services disponibles pour vous aidez à traverser vos crises et quelle évaluation en faites-vous?
- Trouvez-vous qu'il y a assez de services d'hébergement pour vous en ce moment?
(type d'hébergement, diversité: appartement supervisé, appartement à coût réduit, maison de groupe, hébergement pour la crise, etc.)
- Y a-t-il suffisamment d'activités de jour organisées pour vous en ce moment?
(centre de jour des CH, organismes communautaires...)
- Y a-t-il suffisamment d'aide apportée pour la recherche d'emploi?
(importance du travail, disponibilité de l'offre d'emploi, travail supervisé, aide à l'emploi, formation...)
- Est-ce que vous trouvez que les services qu'on vous donne présentement vous aide à développer vos habiletés?
(apprendre à cuisiner, à faire un budget, à planifier votre horaire, à apprendre à contrôler vos émotions, à améliorer votre estime de vous même, à vous sentir citoyen, etc.)

c) volet continuité des services

- Y a-t-il des intervenants qui vous suivent dans vos activités régulières?
(Qui sont-ils? Quelle est la fréquence des rencontres? Quelle est votre appréciation de ce suivi?)
- Quand vous avez à fréquenter plus d'un service du réseau (CH, organisme communautaire, CLSC, etc.), avez-vous l'impression que ces services se parlent ou avez-vous toujours besoin de recommencer à dire votre histoire? Avez-vous l'impression, par exemple, que l'ensemble du réseau travaille en commun pour vous aider?

- Comment évaluez-vous les services quand vous vivez des périodes difficiles comparativement à quand votre état est plus stable? Vous semble-t-il qu'on se préoccupe de vous autant dans une période que dans l'autre, bien que différemment?

d) volet humanisation des services

- Lorsque vous utilisez des services, est-ce que les intervenants vous expliquent ce qui se passe, ce qu'ils font?
- Est-ce que les intervenants vous demandent votre avis sur ce qu'ils veulent faire et en tiennent-ils compte?
- Est-ce que les intervenants sont, d'une façon générale, chaleureux? Avez-vous l'impression qu'ils se préoccupent de votre bien-être?

4) Évolution des services et de la situation des individus de 1989 à 1997

a) volet des services

- Si vous comparez l'état des services actuellement par rapport à il y a quelques années (à la fin des années 1980, début des années 1990), diriez-vous qu'il y a plus de services disponibles près de votre communauté (volet proximité, quantité et diversité des services)?
- Si vous comparez l'état des services actuellement par rapport à il y a quelques années (à la fin des années 1980, début des années 1990), diriez-vous que vos rapports avec les intervenants du réseau sont meilleurs? (chaleur humaine, explication et prise de décision quant au traitement, etc.)

b) volet du bien-être des individus

- Si vous comparez l'état des services actuellement par rapport à il y a quelques années (à la fin des années 1980, début des années 1990), diriez-vous que vous pouvez plus facilement demeurer dans votre communauté? (degré d'intégration à la communauté)
- Si vous comparez votre situation à il y a quelques années, avez-vous l'impression que votre qualité de vie a augmenté? (logement, travail, revenu, rapports sociaux, loisirs, contrôle de vos émotions, etc.)
- Est-ce plus facile d'éviter l'hospitalisation aujourd'hui qu'il y a quelques années?
- Si vous êtes hospitalisé aujourd'hui, l'êtes-vous moins longtemps qu'avant?
- Comment appréciez-vous vos conditions d'hospitalisation aujourd'hui par rapport à avant?

5) Réforme à poursuivre

- Selon vous, qu'est-ce qui contribuerait à améliorer votre intégration à la communauté?

- Est-ce que vous aimeriez changer quelque chose dans vos rapports avec les intervenants du réseau?
- Trouvez-vous qu'on demande assez votre opinion sur ce qui devrait être fait en santé mentale? Comment voyez-vous votre implication dans la planification des services?

Merci de votre participation!

ÉVALUATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE EN MONTÉRÉGIE

Formulaire de consentement à l'intention des usagers des services de santé mentale

Le Groupe de recherche interdisciplinaire de l'Université de Montréal (GRIS) en collaboration avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie (RRSSM) effectuent présentement une étude sur l'évaluation des services de santé mentale en Montérégie. Plus de 103 personnes du réseau de la santé mentale du Québec ont été rejoints jusqu'à ce jour, dont 86 en Montérégie. Nous proposons maintenant d'examiner la perception des services de santé mentale des usagers et de leurs proches. Plus particulièrement, nous voulons mieux comprendre l'itinéraire de l'usager dans le réseau et cerner sa satisfaction de l'organisation et de la qualité des services. La recherche vise aussi à relever leurs opinions sur les modifications qui devraient être préconisées pour améliorer les services de santé mentale. Pour ce faire, des entrevues en groupe seront réalisées avec des usagers des services de santé mentale et leurs proches. Les données recueillies sont confidentielles; l'identité des usagers et de leurs proches ne sera pas connue de l'enquêteur. La participation à ce projet est volontaire, les participants pouvant se retirer en tout temps du processus de recherche.

À l'endroit de l'usager:

J'ai lu et compris les objectifs de la recherche concernant l'évaluation des services de santé mentale en Montérégie. Je reconnais qu'on a répondu à mes interrogations sur cette étude. Je comprends que toutes les informations recueillies resteront strictement confidentielles et qu'elles ne serviront que pour l'évaluation des services de santé mentale de la Montérégie. Je reconnais que ma participation à ce projet est tout à fait volontaire. Je suis également libre de me retirer en tout temps sans que cela puisse me nuire d'aucune façon.

Nom du client (lettres moulées)

Signature du client

Nom du témoin (lettres moulées)

Signature du témoin

Évaluation de la planification régionale (PROS.SM) des régions sociosanitaires

*Les questions pour lesquelles il est fait mention d'une échelle (de 0 à 5) doivent être interprétées comme suit:

- 0= nul ou pas pertinent
- 1= très faible (très peu important ou très peu pertinent)
- 2= faible (peu important ou peu pertinent)
- 3= moyen
- 4= important (élevé ou pertinent)
- 5= très important (très élevé ou très pertinent)

A) Questions générales:

- 1) Quelle est votre perception du PROS.SM?
- 2) Quelle appréciation faites-vous de la planification régionale du système de santé mentale?
- 3) Quelles sont les revendications financières de votre PROS.SM? Aujourd'hui, quel constat en tirez-vous (mesure du budget de la santé mentale lors de l'élaboration du PROS.SM, des fonds de développement revendiqués, des fonds réellement reçus et du budget actuel...)?
- 4) A quel degré percevez-vous la planification régionale et le PROS.SM particulièrement comme des outils de changement de la configuration des services de santé mentale? (échelle de 0 à 5)
- 5) En quoi le PROS.SM vient-il jouer, d'après vous, sur le rôle des dispensateurs de services de santé mentale de votre région?
- 6) Jusqu'à quel point considérez-vous que la planification régionale et le PROS.SM particulièrement sont des outils de gestion utiles à rendre le système de santé mentale adéquat aux besoins de la clientèle dans le contexte actuel? (échelle de 0 à 5)
- 7) Quels sont les outils de gestion qu'emploie votre régie pour le secteur de la santé mentale? Comment se positionne le PROS.SM parmi ceux-ci? (échelle de 0 à 5)
- 8) Quelle appréciation faites-vous des outils que possède la régie pour gérer son système de santé mentale et quelles sont, d'après vous, leurs principales forces et faiblesses? (échelle de 0 à 5)
- 9) Quel est l'arrimage entre le PROS.SM et le plan de reconfiguration de votre réseau régional?
- 10) Est-ce que le programme de santé mentale de votre région est touché par les compressions budgétaires et le virage ambulatoire? Quels en sont les impacts?
- 11) Quels sont les PROS mis en oeuvre dans votre région? Quelles sont les plus importantes différences dans la configuration du PROS.SM et des autres PROS mis en oeuvre dans votre région?
- 12) A quel degré évaluez-vous l'implantation de votre PROS.SM? (échelle de 0 à 5)

13) Quelles sont vos principales sources d'information et de connaissance pour exercer votre rôle de coordonnateur du programme de santé mentale?

B) Démocratisation et décentralisation:

- 1) Pouvez-vous me parler des structures qui ont été mises en place pour implanter le PROS.SM dans votre région?
- 2) Quels sont les rôles, dans la planification des services de santé mentale de votre région, des sous-régions ou MRC versus de la région régionale?
- 3) Quelles sont vos perceptions des dynamiques sous-régionales de votre région en santé mentale? En quoi viennent-elles influencer les objectifs de planification régionale?
- 4) Comment qualifiez-vous la participation du corps médical et sa coordination au PROS.SM et à l'organisation des services pour le programme de santé mentale? (échelle de 0 à 5) Quelles sont les principales stratégies déployées par votre région pour intégrer les médecins dans ce processus?
- 5) Comment s'effectue la coordination des différents PROS ou programmes-clientèles dans votre région?
- 6) Quelle est votre appréciation du processus de régionalisation des services (MSSS/RRSSS)?
- 7) Quelles sont vos stratégies de mobilisation des usagers à la planification de l'organisation des services de santé mentale?

C) Approche par programmes:

- 1) Que représente, pour vous, la notion de programmes?
- 2) Est-ce que la notion de programmes est importante dans votre gestion quotidienne des activités en santé mentale pour votre région? Expliciter votre réponse.
- 3) Quelle est votre perception de l'implantation de l'approche par programmes dans le réseau régional de santé mentale de votre région? (échelle de 0 à 5) Comment qualifiez-vous cette implantation comparativement aux autres programmes de santé?
- 4) Quelles sont les stratégies développées par votre région régionale pour actualiser la structure par programmes?
- 5) Quels sont les facteurs qui font obstacle ou facilitent la gestion et le financement par programmes dans votre région, d'après vous?
- 6) Dans votre région, quels sont les principaux modèles d'allocation financière?
- 7) Pour le programme de santé mentale de votre région, comment les ressources financières sont-elles allouées aux organismes communautaires et aux établissements?
- 8) Y a-t-il des différences dans les modalités d'allocation financière entre le programme de santé mentale et les autres programmes de votre région?

9) Pouvez-vous me tracer un bref portrait de votre nomenclature du programme de santé mentale?

D) Système d'évaluation et de gestion par objectifs/résultats?

1) Pouvez-vous me décrire les interventions que vous avez et que vous faites en matière d'évaluation et de suivi pour le programme de santé mentale (évaluation du PROS.SM, suivi de programmes, élaboration d'indicateurs de programmes, d'indicateurs sanitaires, etc.)?

2) Quelle appréciation faites-vous du rôle de l'évaluation dans l'allocation des fonds en santé mentale?

3) Selon votre expérience, considérez-vous que le programme de santé mentale de votre région est géré par objectifs/résultats? Expliciter votre réponse

4) Quels sont les principaux objectifs de résultats de votre PROS.SM et comment ceux-ci s'arriment-ils aux politiques ministérielles?

E) Coordination latérale du réseau de santé mentale

E.1) Fréquence des échanges et conflits interorganisationnels:

1) Comment qualifiez-vous le développement du secteur communautaire en santé mentale dans votre région?

2) Comment qualifiez-vous les relations entre les organismes communautaires de votre région (en santé mentale particulièrement et d'une façon générale)?

3) Comment qualifiez-vous les relations entre les établissements dispensateurs de services de santé mentale dans votre région (secteur institutionnel)?

4) Comment qualifiez-vous les relations entre les établissements et les organismes communautaires dans votre région?

5) Comment s'arrime l'intersectoriel (le troisième tiers) au système de santé mentale depuis la mise en oeuvre du PROS.SM (mobilisation sur des structures de concertation, implantation de projets interorganisationnels...)?

6) Comment qualifiez-vous l'apport du PROS.SM à la collaboration interorganisationnelle? Comment appréciez-vous maintenant cette collaboration entre les différents distributeurs de services du programme de santé mentale?

7) D'après vous, qu'est-ce qui influence les dispensateurs de services de santé mentale à collaborer entre eux?

8) Quelles sont les formes prises par la collaboration interorganisationnelle en santé mentale dans votre région?

9) Quels sont, d'après vous, les dispensateurs de services du réseau de la santé mentale qui ont le plus joué le jeu de la collaboration interorganisationnelle?

10) Peut-on identifier des phases particulières dans les modalités prises par la collaboration interorganisationnelle depuis la mise en oeuvre du PROS.SM pour votre région (période d'emphase ou de ralentissement du processus de collaboration)?

11) Comment qualifiez-vous les formes prises par la collaboration interorganisationnelle dans les différentes sous-régions de votre territoire (mesure de l'influence des dynamiques sous-régionales dans l'organisation de la collaboration entre acteurs du réseau)?

E.2) Flexibilité de l'allocation des ressources et ambiguïté des rôles:

1) Comment considérez-vous la capacité de votre réseau régional de santé mentale depuis la mise en oeuvre du PROS à modifier la répartition des ressources en fonction de nouvelles priorités régionales pour ce programme? (échelle de 0 à 5)

2) À quel point pouvez-vous qualifier la capacité des organismes dispensateurs de services de santé mentale à réallouer leurs ressources en fonction des nouveaux impératifs régionaux ou locaux en santé mentale? (échelle de 0 à 5)

3) Comment qualifiez-vous la capacité des acteurs du réseau à s'orienter vers les intérêts du réseau de distribution des services de santé mentale versus leurs intérêts organisationnels et professionnels depuis l'implantation du PROS.SM? (échelle de 0 à 5)

F) Évaluation des effets de la planification régionale depuis l'avènement du PROS.SM

F.1) Ajustement des ressources aux besoins:

1) Quel était le pourcentage du budget de la santé mentale alloué au communautaire dans votre région lors de la mise en oeuvre du PROS.SM et quel est-il aujourd'hui?

2) Quels types de services communautaires ont été implantés depuis le PROS?

3) Quel a été l'ajustement des services du secteur institutionnel en santé mentale depuis l'implantation du PROS.SM (pourcentage des fonds de développement ou de réallocation alloué aux établissements)?

4) Du financement de développement ou de réallocation alloué au secteur institutionnel, quels types d'établissements et quels types de services en santé mentale ont été consolidés?

5) Quelles ont été les modifications apportées depuis l'implantation du PROS.SM à la répartition financière du budget de santé mentale pour les niveaux de services: 1) prévention/promotion, 2) première ligne et services de crise, 3) services spécialisés de deuxième et de troisième lignes (ou la gamme de services)?

6) Quels types de clientèles en santé mentale ont le plus profité des changements apportés depuis le PROS.SM?

7) Comment s'articule, dans votre région, la désinstitutionnalisation, s'il y a lieu? Quel est votre ratio de lits psychiatriques?

8) Effectuez-vous des réallocations interprogrammes et intrarégionales dans votre région?

9) Comment qualifiez-vous l'ajustement des services de santé mentale aux besoins en matière d'équité sous-régionale (application d'une formule d'allocation financière tenant compte de l'équité intrarégionale et interprogramme) et d'équité régionale?

F.2) Qualité des services:

1) Selon vous, quelle est la contribution de la planification des services, depuis l'avènement du PROS.SM, à l'accessibilité des services pour votre région (quelle soit géographique, socio-organisationnelle ou psychosociale, l'accessibilité exprime l'écart entre une source de soins et le bénéficiaire et elle recherche la diminution de cet écart)? (échelle de 0 à 5)

2) Selon vous, quelle est la contribution de la planification des services, depuis l'avènement du PROS.SM, à la continuité des services pour votre région (laquelle s'oppose à la fragmentation des services et s'exprime par la qualité de la relation entre le bénéficiaire et les services de santé durant la maladie)? (échelle de 0 à 5)

3) Selon vous, quelle est la contribution de la planification des services, depuis l'avènement du PROS.SM, à la globalité des services pour votre région (mesure de l'étendue de la gamme des services offerts pour satisfaire les besoins du bénéficiaire)? (échelle de 0 à 5)

4) Selon vous, quelle est la contribution de la planification des services, depuis l'avènement du PROS.SM, à l'humanisation des services de santé mentale pour votre région (laquelle réfère aux aspects intangibles du processus de soins ou de la distribution de services et à la capacité des intervenants à s'ajuster aux demandes du client lors d'un processus de soins)? (échelle de 0 à 5)

5) Jusqu'à quel point pensez-vous que de la planification des services, depuis l'avènement du PROS.SM, a amené des changements dans la pratique des intervenants? (échelle de 0 à 5)

6) Selon vous, comment devraient être planifiés et organisés les services de santé mentale pour en améliorer la distribution?

ANNEXE II

Gestion des données

GESTION DES DONNÉES

*Les différents articles de la thèse ont été produits à partir de textes d'interprétation des données, qui se basent sur les entrevues et des sources primaires et secondaires contextuelles (revue de littérature sur les systèmes de santé mentale). Nous présentons, d'une part, la table des matières des textes rédigés pour la Montérégie et pour les régions sociosanitaires et, d'autre part, des extraits de ces textes. La numérotation qui accompagne les extraits des textes de la Montérégie (section 2.1) et des régions sociosanitaires (section 2.2) correspond à celle des tables des matières de ces textes. Par exemple, dans la section «2.1. La Montérégie», le premier extrait de texte est le «Point: 3.1.2.1. Système de participation». Pour plus d'informations sur la méthodologie d'élaboration de ces textes, faire référence à l'introduction (section 1.3.1. Planification opérationnelle de la recherche).

1. Table des matières des textes de référence (à la base des articles)

1.1. Texte sur la Montérégie:

CHAPITRE 1 : Introduction et échantillonnage	1
CHAPITRE 2 : Contexte et mise en oeuvre de la réforme <i>PROS.SMM</i>	4
2.1. La réforme du système de santé au Québec	5
2.1.1. La réforme Castonguay-Nepveu	5
2.1.2. La réforme du tournant des années 1980-1990	8
2.1.3. Les éléments perturbateurs à la réforme du système sociosanitaire	13
2.2. Le système de santé mentale et son articulation à la réforme	16
2.2.1. L'évolution des conceptions de la «santé mentale» avant le rapport Bédard (1961)	17
2.2.2. De l'âge d'or de la psychiatrie à la notion de santé mentale	20
2.2.2.1. Des années 1960 à la fin des années 1970	20
2.2.2.2. Des années 1980 à aujourd'hui	24
2.2.2.3. Principales critiques à l'endroit de la <i>Politique de santé mentale</i>	29
2.3. L'inscription du PROS à la réforme	31
2.3.1. La régionalisation et la démocratisation du système sociosanitaire	33
2.3.2. La gestion et le financement par programmes, l'approche par objectifs/résultats et l'évaluation	37
2.4. La régionalisation des services de santé mentale: CRSSSM/RRSSSM	44
2.4.1. Période d'implantation du processus de régionalisation de l'organisation des services en santé mentale (1977-1989)	47
2.4.2. «Consolidation» de la régionalisation des services en santé mentale (1989 à aujourd'hui)	55
2.5. L'élaboration et l'opérationnalisation du <i>PROS.SMM</i>	70
2.5.1. Première étape: planification régionale	71
2.5.2. Deuxième étape: participation sous-régionale	76
2.5.3. Troisième étape: implantation des TSR	79
2.5.3. Quatrième étape: arrimage de comités programmes-clientèles aux TSR	83

CHAPITRE 3 : Évaluation de la mise en oeuvre du <i>PROS.SMM</i>	88
3.1. L'implantation du <i>PROS.SMM</i>	89
3.1.1. Approche par programmes	90
3.1.1.1. Éléments perturbateurs à son implantation	91
3.1.1.2. Adéquation entre l'allocation des ressources financières du réseau et l'approche par programmes et les orientations du <i>PROS.SMM</i>	99
3.1.1.3. Formalisation du <i>PROS.SMM</i>	104
3.1.1.4. Procédure d'appels d'offre	105
3.1.2. Démocratisation et décentralisation	109
3.1.2.1. Système de participation	110
3.1.2.2. Les absents du <i>PROS.SMM</i>	117
3.1.3. Système d'évaluation et de gestion par objectifs/résultats	121
3.2. La coordination latérale du <i>PROS.SMM</i>	126
3.2.1. Fréquence des échanges et conflits interorganisationnels	127
3.2.1.1. Relations entre les organismes du communautaire	127
3.2.1.2. Relations entre les organisations des établissements	133
3.2.1.3. Relations entre le communautaire et les établissements	136
3.2.1.4. Relations entre les acteurs des instances participatives	140
3.2.1.4.1. Les différentes périodes d'activités des structures participatives	140
3.2.1.4.2. La réactivation du CTSM: CSM	146
3.2.2. Flexibilité de l'allocation des ressources et ambiguïté des rôles	148
3.3. Les effets du <i>PROS.SMM</i>	151
3.3.1. Ajustement des ressources aux besoins	151
3.3.2. Qualité des services	163
 CHAPITRE 4 : Dynamiques socioculturelles des sous-régions	 170
4.1. Longueuil	174
4.2. Châteauguay	178
4.3. St-Hyacinthe	183
4.4. Granby	188
4.5. Valleyfield	192
4.6. Sorel	194
4.7. St-Jean	197
 CHAPITRE 5 : Conclusion et discussion	 202
 CHAPITRE 6: Complément d'information (la notion de champ)	 211

1.2. Texte sur les régions sociosanitaires:

Chapitre 1: Introduction	1
Chapitre 2: La configuration des réseaux régionaux de santé mentale et le PROS.SM comme régulateur de ce programme	
2.1. Bas-Saint-Laurent (01)	2
2.2. Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)	8
2.3. Québec (03)	14
2.4. Mauricie-Bois-Francis (04)	24
2.5. Estrie (05)	29
2.6. Montréal-Centre (06)	33
2.7. Outaouais (07)	38
2.8. Abitibi-Témiscaminque (08)	48
2.9. Côte-Nord (09)	53
2.10. Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine (11)	56
2.11. Chaudière-Appalaches (12)	60
2.12. Laval (13)	67
2.13. Lanaudière (14)	71
2.14. Laurentides (15)	75
Chapitre 3: Caractéristiques générales de la planification et de la gestion régionale en santé mentale (PROS.SM):	
3.1. La planification régionale en santé mentale et le PROS.SM comme principal outil de cette planification	80
3.1.1. Perception du PROS.SM et positionnement stratégique de l'outil dans la planification régionale pour ce programme	85
3.1.2. Influence des PROS.SM sur la planification des autres programmes régionaux et discussion sur l'évolution de la planification régionale	90
3.2. Les outils de gestion des régions pour le programme de santé mentale	93

2. Extraits des textes sur la Montérégie et les régions sociosanitaires:

2.1. La Montérégie:

Point: 3.1.2.1. Système de participation

D'une part, le troisième tiers, soit l'intersectoriel, aurait joué un rôle marginal au sein des comités tripartites, se sentant peu concerné par la problématique des services de santé mentale. Le taux

d'absentéisme de l'intersectoriel est d'ailleurs plus important qu'il ne l'est pour les deux autres. Néanmoins, notons que certains membres de ce tiers ont joué un rôle assez important. C'est la personnalité plus que le rôle organisationnel de l'individu qui semble alors avoir joué. Ainsi s'avère-t-il difficile de mettre en place une approche intersectorielle pourtant essentielle, les facteurs socio-économiques étant des déterminants importants de santé.

Le deuxième tiers, soit les ressources communautaires et alternatives, pourtant fort intéressé et organisé (il se réunissait avant chaque réunion des CTR et CTSR), n'a aussi contribué qu'à peu changer l'organisation des services en santé mentale. Les ressources communautaires et alternatives en santé mentale, implantées surtout dans les années 1980¹, se sont inscrites en marge du réseau, couvrant souvent les lacunes de la distribution des services des établissements. En général, les alternatives sont de petites organisations, rejoignant en cela la philosophie prônée par le mouvement: une organisation à dimension humaine. Le budget octroyé aux organismes communautaires en santé mentale représente environ 15% du budget de la santé mentale en Montérégie. Peu solidarisés entre eux avant le tournant des années 1980-1990², il va sans dire que les organismes alternatifs connaissent certaine difficulté à s'inscrire dans des structures telles que le tripartite. Notamment, la RRSMQ dans son bilan-synthèse de l'expérience des tripartites (1991) souligne les conditions nettement plus favorables qu'auraient exigé leur participation:

«1) des ressources relativement plus solides, avec une expérience historique; 2) des ressources variées, car revendiquer la thérapie alternative quand on n'a pas de ressources d'hébergement ou qu'on ne connaît que l'entraide, c'est difficile; 3) des porte-parole articulés, car ce n'est pas tout le monde qui possède le discours de l'alternative et du communautaire et qui peut le défendre face aux représentants du réseau; 4) des éléments de concertation (par exemple: des tables régionales fonctionnelles qui donnent du support), des lieux où se parler et se concerter; 5) des responsables de CRSSS ou de la démarche tripartite plus «ouverts» au communautaire et moins technocratiques et pas trop institution au départ. Mais c'est conditions n'ont pas existé partout en même temps. (...) Enfin, la rapidité et la lourdeur du processus, la culture étrangère, la jeunesse et la précarité des ressources, l'absence de connaissance mutuelle, l'inexistence ou la faiblesse du regroupement régional, les divisions et ruptures, l'absence totale de pédagogie participative de la part des CRSSS ont entraver l'implantation d'un réel partenariat (RRSMQ, *Le choc des cultures*, 1991, p. 21 et 32).»

La vision mise de l'avant par le mouvement explique la difficulté des alternatives à se mobiliser et à développer une gamme intégrée de services autour du *PROS.SMM*. La vision alternative prône la déprofessionnalisation et la démedicalisation des pratiques et l'importance des régulations de type

¹ «Certes, des ressources alternatives existaient depuis 1972, mais le «boum» s'est réalisé principalement autour des années 83-85 (*Le Choc des cultures*, p. 4.)». En Montérégie, l'une des premières ressources, «Maison Vivre», a été mise sur pied en 1980; la plupart des ressources a été développée à la fin des années 1980.

² Quoique le RRSMQ a été fondé en 1983, l'ASSEM est incorporée en 1986 (en 1992, l'ASSEM se restructure et fonde deux instances participatives: la Table sectorielle des groupes d'entraide et la Table sectorielle des ressources de services - reconnaissance financière par la RRSSM en 1994: 8000 \$ d'allocation annuelle -). L'AGIDD est mise sur pied en 1990 (dissociation du RRSMQ). La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (1990), les tables provinciales (TROCM: fondée en 1993) et un nombre important de corporations locales d'organismes communautaires sont implantés dans les années 1990.

local. Par rapport à ce dernier constat, un double comportement est encouragé par les alternatives...

(...)

À ce stade-ci de la recherche, un glissement semble perceptible en faveur d'une certaine décentralisation de la prise de décision, ce qui s'inscrit dans le caractère évolutif du *PROS.SMM*. C'est du moins ce qu'affirme le document «*Vers un virage santé et bien-être. Plan stratégique 1995-1998 de transformation du système - Montérégie -* » et ce que confirme notre recherche sur le terrain, quoique cette affirmation semble encore loin d'être perçue comme manifeste par la majorité des acteurs interrogés à ce propos:

«Devant l'ampleur des changements commandés par les contraintes budgétaires futures et la transformation du système, on doit miser sur l'implication et sur la compétence des sous-régions à la recherche des solutions novatrices. Pour atteindre des objectifs de résultats, les sous-régions devraient avoir la possibilité d'adapter leur réseau de services selon leurs situations spécifiques de besoins et de disponibilité financière. A cause de ces éléments, il faudra doter les instances sous-régionales de capacités accrues pour agir. En définitive pour rencontrer les défis futurs, les sous-régions doivent reconfigurer leur organisation des services. Elles doivent jouer le rôle de maître-d'œuvre de cette transformation qui sera majeure (...) Si le rôle de la Régie régionale de la Montérégie est de fixer les objectifs de résultats et les disponibilités des ressources des sous-régions, il revient aux sous-régions d'assurer l'émergence des solutions en organisant ses propres actions pour atteindre les objectifs. La Régie régionale doit toutefois informer, soutenir et animer les sous-régions dans la définition des problématiques et dans la recherche de solutions. La responsabilité doit être clairement partagée entre les instances régionales et sous-régionales. Dans notre vision, l'instance sous-régionale doit se doter de moyens nécessaires qui lui permettent de réaliser les objectifs de santé et de bien-être, d'adapter les services selon les besoins de la population, de réaliser l'approche de gestion par programme et de mobiliser les ressources pour atteindre les objectifs de résultats. Les établissements et les organismes continuent de dispenser les services à la population. Cependant, ils doivent identifier leur contribution à la réalisation de la *Politique de santé et du bien-être* ainsi qu'à la réalisation des objectifs de services de leur sous-région (RRSSSM, *Vers un virage santé et bien-être. Plan stratégique 1995-1998 de transformation du système - Montérégie -* .»

«Ce qui choque un peu aux TSR, c'est que le tripartite régional existe toujours en santé mentale. Là, ils ont vraiment l'impression d'être sans pouvoir et d'être sur un siège qui ne vaut pas grand chose dans le fond. On a tenté de leur faire accroire qu'ils avaient du pouvoir, mais l'ordre du jour c'est la RRSSSM qui le fait... Dans le fond, ils ont seulement un pouvoir de recommandation, parce que c'est le conseil d'administration de la RRSSSM qui décide. La RRSSSM a fait une réunion de tous les présidents des TSR et le discours qu'elle a soutenu c'est: «Vous allez avoir de plus en plus de pouvoir, c'est vous qui aller avoir le pouvoir». Le conseil d'administration de la RRSSSM n'a pas vraiment bien reçu cette directive... (un responsable d'un organisme communautaire).»

Point: 3.1.3. Système d'évaluation et de gestion par objectifs/résultats

Tableau 1: Implantation des systèmes de gestion et de financement par programmes et par objectifs/résultats

Dimensions	Résultats d'implantation
1) Formalisation de la planification et de la gestion par objectifs/résultats	
1.1. Formalisation de la planification	
1.1.1. Précision des mandats des agents dans la mise en oeuvre du PROS.SMM	<ul style="list-style-type: none"> *RRSSSM: responsable de la mise en oeuvre et du suivi du PROS.SM *CR.SM, CTR.SM, CTSR.SM: support à l'élaboration du PROS.SM *consultation de la population (entérinée le PROS.SM) *TSR: support à l'implantation des PROS, des objectifs du plan de reconfiguration et de la création des réseaux intégrés de santé (CTSR.SM: support à la TSR pour le programme de santé mentale) *les structures de concertation sont encadrées par la RRSSSM *Fluidité des mandats pour l'arrimage des services (particulièrement, des relations entre les structures de concertation et les organisations) *Fluidité du rôle de la RRSSSM et du palier local
1.1.2. Précision des méthodes et des procédures permettant d'accomplir les rôles	<ul style="list-style-type: none"> *Pour la mise en oeuvre du PROS.SM: élaboration de structures de concertation au niveau régional et sous-régional, qui sont encadrées dans leurs fonctions par la RRSSSM (procédure d'appels d'offre, de priorisation des programmes, de prise de décision...) *Fluidité des méthodes pour la coordination organisationnelle et le suivi d'actualisation des objectifs stratégiques du PROS.SM
1.2. Gestion par objectifs et résultats	
1.2.1. Ampleur des champs d'activités couverts par les objectifs	<ul style="list-style-type: none"> *objectifs démocratiques, technocratiques et de structuration *3 niveaux de services, 32 programmes comportant des services, des activités, des types de clientèles et le % de la population ciblée par niveaux de services *objectifs d'équité (besoins/requis: \$): par niveaux de services, par programmes, par sous-régions, entre les programmes-clientèles (santé mentale, déficience intellectuelle...) et interrégionale *questionnement sur la notion de gestion par objectifs
1.2.2. Précision des moyens pour atteindre les objectifs	<ul style="list-style-type: none"> *objectifs stratégiques et opérationnels et recommandations *modèle de répartition des ressources et des responsabilités entre les distributeurs de services et modèle de priorisation par programmes *plan d'actions (le 1/3 du PROS.SM) où est identifié les activités de planification, la situation actuelle, les objectifs opérationnels, les modalités de réalisation des objectifs et les échéanciers *remise en question d'une planification autant formalisée (quant aux volets davantage opérationnels)
2) Gestion par programmes	
2.1. Notion de programmes	<ul style="list-style-type: none"> *ambiguïté de la notion (ex.: utilisée pour les PSI, le programme de maintien à domicile dans les CLSC, le programme de santé mentale, la gamme de services...) *dysfonctionnement (ex.: pour la prévention/promotion, pour les doubles problématiques, dans le cas des CLSC - plusieurs programmes - , clientèle/problématique...)
2.2. Systèmes d'information	<ul style="list-style-type: none"> *élaborés sur une base d'établissements et de professions et non sur une base de programmes *difficulté à implanter le SISM
2.3. Nomenclature des services	<ul style="list-style-type: none"> *32 programmes (promotion d'une programmation qui regroupe davantage les services, ce qui favorise la flexibilité du système et les relations interorganisationnelles) *contexte de développement versus de compression (ce premier n'a pas encouragé une rationalisation de la planification et l'arrimage des services)
3) Financement par programmes	
	<ul style="list-style-type: none"> *enveloppes budgétaires du MSSS distribuées par catégories d'institutions (et non par programmes) *gestion financière par programmes (tenant compte de l'équité intrarégionale et interprogramme) *les allocations de fonds de développement ou de réallocation étaient distribuées par appels d'offre jusqu'en 1996 (ce qui constitue de 10% à 15% du budget de la santé mentale) *70% du financement alloués par ce mode visent les organismes communautaires *dysfonctionnement (ex.: lourdeur de la procédure de distribution, ce mode ne favorise pas la collaboration entre acteurs - compétition - et la consolidation des ressources...) *budgets historiques globaux et financement par programmes (à arrimer)

(...)

Le plan d'action du *PROS.SMM* est assez substantiel, puisqu'il prend plus du tiers du document. Rappelons que douze projets y avaient été priorisés, regroupés dans trois sphères d'activités: primauté de la personne (poursuite de l'évaluation des besoins et identification des programmes et services en fonction de nouvelles problématiques; rédaction de programmes cadres en fonction des priorités de développement; promotion, défense et promotion des droits; définition des mécanismes d'accès), administration des programmes et des services (implantation et coordination des programmes et des services; maintien de la personne dans son milieu de vie; support aux organismes communautaires; évaluation et suivi des services et des programmes; coordination des activités de formation) et coordination du système d'organisation des services (gestion des structures participatives - volonté de sous-régionaliser - ; évaluation et suivi du plan - seront facilités par le développement du système d'information - ; relations avec le ministère)...

À ce stade-ci de notre étude, pour ce qui est de l'évaluation des programmes en milieu institutionnel, le *PROS.SMM* ne semble pas avoir mis en place de processus particuliers permettant d'identifier un quelconque changement entre les modes de suivis actuels et antécédents. Pour les nouveaux programmes financés en institution par le *PROS.SMM*, intégrés après une période d'une année au budget global de l'établissement, la RRSSSM effectue un suivi plus spécifique pour s'assurer que ces budgets demeurent bien octroyés pour ce qu'ils ont été originairement financés. La régie régionale n'a cependant qu'un pouvoir de pression sur le contrôle de ces fonds, puisque les institutions demeurent les maîtres d'oeuvre de ces budgets. Par ailleurs, la RRSSSM semble encore peu outillée en matière de vérification budgétaire:

«Les moyens de vérifier ne sont pas là. Si un établissement déclare dans son rapport financier qu'il met, par exemple, tant en santé mentale, tant pour les personnes âgées, on ne peut pas le vérifier. Avec un système d'information clientèle, on pourrait vérifier pour une institution, c'est quoi l'importance de sa clientèle dans telle problématique. Cela donnerait un ordre de grandeur qui permettrait de dire «oui cela a de l'allure»... Certes, il y a des analyses financières qui se font par rapport aux établissements. Il y a toutefois des zones grises... Par ailleurs, dans les CLSC, ce problème est d'autant plus compliqué parce que les CLSC ne gèrent pas leur système par catégories de clientèles (un gestionnaire de la RRSSSM).»

(...)

Point: 3.2.1.2. Relations entre les organisations des établissements

Les établissements ont moins formé un bloc homogène que le communautaire sur les CTR et les CTSR. Ils n'ont pas de regroupement spécifique unifiant leur force au niveau régional en santé mentale, comme c'est le cas du communautaire (TROCM et ASEMM). Le mouvement d'unification des conseils d'administration des établissements renforcera certes la tendance à l'unification de ce tiers. L'hégémonie des CH dans la distribution des services de santé mentale a sûrement contribué à cette situation, ne voyant pas l'importance sur ces comités d'arrimer leurs actions avec

les autres représentants de ce tiers: les CLSC, les DSC, les centres d'accueil, le CSS ou le CPEJ, etc. Pour la plupart, ces derniers établissements n'interviennent que peu en santé mentale. Ils n'ont ainsi pas priorisé l'importance de coordonner leurs actions en ce domaine sociosanitaire. Ce tiers ne s'est notamment pas convoqué pour unifier ses positions avant les réunions des comités, comme l'a fait le communautaire.

Des dissonances assez importantes existent également entre certains établissements du réseau. Beaucoup de représentants de départements de santé publique sont favorables au renforcement des services offerts par les groupes communautaires. Ces représentants, quoique intégrés au premier tiers, se sont ainsi ralliés, à plus d'une reprise, aux membres du 2^e tiers dans les structures participatives du PROS.SM. Selon un informateur de la RRSSSM, les DSC n'ont jamais réellement été intégrés au CH: «Les DSC étaient des petites tours d'ivoire. Même pas l'hôpital pouvait les contrôler; ils étaient très autonomes».

Selon les sous-régions, les relations entre les CH et les CLSC ne sont également pas toujours évidentes (voir le chapitre 4). Dans le *PROS.SMM*, les services offerts aux personnes de 65 ans et plus sont confiés aux CLSC plutôt qu'aux CH. Cette situation engendre parfois des rapports tendus entre les deux établissements. Selon une personne interrogée, les réticences entretenues aujourd'hui par les CH vis-à-vis les groupes communautaires, l'étaient il y a quelques années envers les CLSC. Certains représentants de CH auraient conservé ce regard critique vis-à-vis les CLSC...

(...)

3.2.1.4.2. La réactivation du CTSR: CSM

Prenons maintenant comme indicateur des relations interorganisationnelles à l'intérieur des sous-régions, la facilité ou la difficulté des intervenants en santé mentale à réactiver le CTSR suite à sa dissolution comme structure officielle de consultation sous-régionale par la RRSSSM. L'existence de comités ne témoigne pas nécessairement d'une bonne collaboration interorganisationnelle, mais certes d'une volonté d'arrimer les services en santé mentale. En cette matière, des sous-régions étudiées, Longueuil et Châteauguay se distinguent des autres sous-régions de la Montérégie.

Les membres du CTSR.SM de Châteauguay ont réactivé un comité de santé mentale (CSM) dès l'implantation de leur TSR (1993). Le CSM a été automatiquement reconnu comme comité d'experts par la TSR du territoire. Le dynamisme de ce comité est tel que parfois, il inverse le

processus décisionnelle, interpellant la TSR à répondre à ses questions, ce qui contrevient au protocole. De même, les représentants de Longueuil ont réactivé un CSM dès la mise en oeuvre de la TSR. L'histoire du CSM de Longueuil témoigne de la difficulté de la sous-région à coordonner ses activités et à se trouver des objectifs communs de travail. Un sentiment de «perte de pouvoir», de «subordination à la TSR» semble avoir notamment enfreint les relations du CSM et de la TSR de Longueuil. Le CSM est ainsi peu articulé à la TSR; ses membres ne sont pas vraiment reconnus comme experts à la TSR. Cette situation a fait en sorte que l'existence du comité a été à plus d'une reprise remise en question. Dernièrement, la régie régionale a tenté des rapprochements entre les deux structures. Le processus de reconnaissance officielle des comités par programmes-clientèles aux TSR est en cours. Le CSM de Longueuil semble aussi davantage prêt à s'arrimer à la TSR.

Toute autre est la situation des CTSR.SM dans les autres sous-régions de la Montérégie. Selon les représentants interrogés, les tensions au sein des CTSR.SM étaient trop importantes pour qu'on pense à réactiver immédiatement des comités de santé mentale, suite à l'abolition des CTSR.SM comme structures officielles de consultation sous-régionale. Les tensions relevaient soit d'une contestation de la représentativité du comité¹, soit de conflits entre le premier et le deuxième tiers², soit du fait que le premier tiers se montrait désintéressé par la question, soit de conflits interterritoriaux au sein d'une même sous-région³. Il semble qu'il s'avérait aussi difficile de trouver, dans les sous-régions en question, le leadership qui aurait permis de prendre en main un tel comité de santé mentale. Parfois, la difficulté de réactiver ces comités est également relative au fait «que le monde a changé; les représentants des organisations ne sont plus les mêmes; l'esprit du *PROS.SMM* a été oublié (un coordinateur d'une ressource alternative).»

À Granby, les acteurs sous-régionaux de la santé mentale ont néanmoins pris l'initiative de réactiver un CSM, un peu avant que la formule des comités par programmes-clientèles ne soit officialisée par la RRSSSM. D'une façon générale, le troisième tiers ne participe plus à ces comités réactivés sous-régionalement; les comités reçoivent donc, tout simplement, l'appellation de «comité de la santé mentale: CSM». La coordination de ces comités aux TSR n'a aussi pas toujours été évidente, puisque ces structures ne sont pas officialisées par la RRSSSM. La régie régionale a cependant prôné leur réactivation et leur arrimage aux TSR dès 1993. Par exemple, un acteur du réseau affirme en ce sens: «Les acteurs du CSM doivent être vigilants; ce n'est pas d'emblée que la TSR va s'y référer». À St-Hyacinthe, un comité de désinstitutionnalisation a été implanté par le réseau Richelieu-Yamaska (CH) peu après l'abolition du CTSR.SM. Ce comité semble jouer le rôle du

¹ Les sous-régions sont composées, pour la plupart, de plus d'une ville. Certaines municipalités peuvent ainsi se retrouver désavantagées sur le plan de leur représentativité dans les comités.

² C'est le cas d'à peu près toutes les sous-régions; l'intensité des conflits entre les tiers diffèrent cependant d'une sous-région à une autre.

³ En particulier, cela a été le cas de la sous-région de «Granby»: conflit entre le Haut-Yamaska et Brôme-Missisquoi (voir la section 6.2.4.).

CTSR par rapport à la TSR, malgré que la composition du comité, loin d'être tripartite, soulève de nombreuses critiques du communautaire de cette sous-région (voir le sous-chapitre 4.3).

(...)

2.2. Les régions sociosanitaires:

Point: 2.1: Bas-Saint-Laurent (01)

Pour la région du Bas-Saint-Laurent, deux caractéristiques sont marquantes du processus de planification en santé mentale: la décentralisation du programme et l'effort d'opérationnalisation du PROS.SM. D'entrée de jeu, notons également que le PROS.SM comprenait les régions du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine. Seule cette dernière a refait l'exercice de planification pour le programme de santé mentale suite à la *Loi 120*. La RRSSSBSL tend à remettre à jour les informations du PROS.SM par d'autres exercices de planification, notamment dans le plan de transformation.

En 1992, la RRSSSBSL a réalisé un abrégé opérationnel pour son PROS.SM. Ce document présente les orientations générales poursuivies par la planification. En particulier, le document identifie le pourcentage de financement alloué à la gamme des services de santé mentale et les objectifs de financement à atteindre. Lors de l'élaboration du PROS.SM, le budget pour la santé mentale était en pourcentage réparti comme suit: 72,36% pour le traitement spécialisé à l'interne; 19,01% en traitement spécialisé à l'externe; 6,76% en services et en programmes de réadaptation; 0,98% en services de base en CLSC et 0,96% aux programmes d'entraide, de support aux poches et aux ressources communautaires, de promotion/prévention et de protection des droits. La situation projetée par le PROS.SM - la planification est effectuée pour 10 années, découpée en deux périodes quinquennales - est ainsi que soient financés à 38,1% le traitement spécialisé à l'interne; à 15,8% le traitement spécialisé à l'externe; à 17,8% les services et les programmes de réadaptation; à 16,6% les services de base en CLSC et à 8,3% les programmes d'entraide, de support aux poches et aux ressources communautaires, de promotion/prévention et de protection des droits. Des objectifs de résultats sont aussi clairement identifiés pour l'ensemble de la planification. Des quatre objectifs du PROS.SM, deux font particulièrement office de ce constat. Le PROS.SM veut notamment «diminuer de 29% le taux d'hospitalisation des personnes souffrant de troubles mentaux transitoires» et «augmenter de 25% le nombre de personnes engagées dans des relations d'entraide». Un tableau résume également les actions à effectuer pour rendre le système conforme à la distribution des services visée et cela, selon un échéancier particulier.

La lecture se complexifie néanmoins pour le répertoire des actions à réaliser pour implanter le PROS.SM. Le répertoire de l'opérationnalisation de la planification est ainsi divisé en 24 actions, découpées en de multiples points, chacun deux faisant l'objet d'un échéancier d'implantation. Ces 24 actions de type général recouvrent: le développement de la gamme complète de services, le développement de la coordination et de la concertation (coordonner régionalement l'implantation du PROS, utilisation de PSI, etc.) et le support professionnel aux intervenants. Le développement de la gamme complète de services fait notamment référence à sept rubriques: a.1. Programmes communautaires d'entraide, de support et d'accompagnement; a.2. Programmes d'aide et de traitement de 1^{er} ligne en santé mentale dans les CLSC...

Point 2.3: Québec (03)

La richesse du territoire en services de santé mentale est certes ce qui caractérise le plus la région de Québec. Les dépenses de santé mentale, par capita pondéré pour la mobilité, représentent près du double de celles des autres régions sociosanitaires, sauf Montréal qui suit de près la région 03 (budget de 128,1 millions de dollars¹). La richesse de la région en services de santé mentale représente, d'une part, un avantage certain en termes de possibilité de réallocation et donc, d'ajustement du système de santé aux enjeux de communautarisation des services des réformes en cours. D'autre part, cette situation peut entraver le réseau à effectuer des modifications importantes de l'organisation de ses services, puisque la majorité des fonds se concentre dans les institutions psychiatriques de la région, institutions fort autonomes. C'est d'ailleurs ce que semble confirmer le *Rapport du Vérificateur général* pour cette région et notre recherche: peu de changements, allant dans le sens de la réforme de la santé mentale, ont été réalisés dans la région; plus souvent qu'autrement, le statu quo a été observé.

Le PROS.SM de la région a été élaboré en 1989-1990 pour une période de 10 ans (1990-1999). Il propose un modèle d'organisation de services de santé mentale ayant pour but l'accès à une gamme essentielle de services regroupée en sept volets: 1) la promotion, le respect et la protection des droits; 2) l'information sur les services et sur la notion de santé mentale; 3) la promotion de la santé mentale et la prévention des problèmes; 4) les services de base; 5) le traitement spécialisé; 6) le support à la famille; 7) la réadaptation/réintégration sociale. Sont ajoutés à ce classement les volets: désinstitutionnalisation, problématiques particulières (ex.: violence à l'endroit des femmes, des enfants, des personnes âgées, etc.), problèmes associées...

¹Ces dépenses excluent la rémunération des médecins et le coût des médicaments.

(...)

Pour améliorer la coordination interorganisationnelle et implanter le PROS.SM, un comité tripartite régional en santé mentale («La commission de santé mentale») a été mis en place et cinq comités sous-régionaux de santé mentale (CSR.SM) dans les sous-régions de 1) Charlevoix, 2) Orléans, 3) Portneuf, 4) Québec Centre et 5) Ste-Foy et Chauveau. En 1993, seulement deux CSR.SM sont implantés, ceux de ces deux premiers territoires. Récemment, des tables de concertation en psychiatrie adulte (mai 1996) ont aussi été mises en place dans les territoires de psychiatrie: à Charlevoix, dans la région est de Québec et dans la région ouest. Le regroupement des départements de psychiatrie en trois unités administratives fait également partie des activités de rationalisation du territoire - anciennement, il y avait 12 chefs de psychiatrie - . Le département de psychiatrie du CHUQ est responsable du territoire de l'Ouest, des points de services sont concentrés au CH Joffrey Hale, à l'Hôpital Saint-Sacrement, à l'Hôtel-Dieu de Québec, à Chauveau, à Laval et au CH de l'Université Laval. Le département de psychiatrie du CHRQ-CRR (Robert-Giffard et Roy-Rousseau se sont fusionnés et le département de psychiatrie de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus) est responsable de l'organisation des services de deuxième ligne en psychiatrie adulte pour le territoire de l'est; le CH de Charlevoix, pour cette sous-région. Ces tables tripartites planifient l'organisation des services psychiatriques adultes selon les objectifs du PROS et du plan de transformation. Elles sont sous la responsabilité des trois départements de psychiatrie ci-haut mentionnés. Le dépôt des travaux de ces tables est prévu pour le printemps 1997. Ces structures jouent actuellement le rôle le plus significatif sous l'angle de la planification et de la coordination des services. Des tables de CLSC pour la santé mentale ont aussi été implantées. Cette initiative des CLSC vise à uniformiser les services en santé mentale de ces établissements sur le territoire et à prendre position face à leur implication pour ce programme. Une équipe régionale responsable des PSI a aussi été formée; des personnes sont nommées comme référents pour l'ensemble des distributeurs de services du programme de santé mentale. La RRSSSQ pense à identifier des agents de liaison pour améliorer la coordination entre les CH et les CLSC; cette formule a été activée pour le programme des personnes âgées.

Bien que la région de Québec soit divisée en cinq sous-régions, les dynamiques sous-régionales semblent peu importantes en raison, d'une part, de l'omniprésence des centres psychiatriques, surtout de Robert Giffard dont le financement représente près de 90% du budget de la santé mentale de la région. La région de...

Point: 2.11: Chaudière-Appalaches (12)¹

Ce territoire est singulièrement intéressant à étudier. Plus que bien d'autres régions sociosanitaires, Chaudière-Appalaches présente, pour son système de santé mentale, une configuration originale de services. Particulièrement, des mécanismes de coordination de services pertinents ont été mis en place. Dernièrement, le réseau de santé mentale de la région a de plus été évalué. L'évaluation, qui n'en est pas une axée seulement sur les priorisations actualisées du PROS.SM comme dans bien d'autres endroits, est aussi fort pertinente pour donner une vue d'ensemble du réseau. La dissociation de ce territoire de la région sociosanitaire de Québec, suite à la *Loi 120*, a également encouragé la région à reconfigurer l'organisation de son réseau de santé mentale. Près de la moitié des fonds alloués pour transformer le système proviendront cependant de modifications du réseau de la région. Sur un budget total d'approximativement 22 500 000 \$, près de 6 500 000 \$ seront constitués en fonds de réallocation. Près de la moitié de ces fonds, ont jusqu'à ce jour été octroyés, essentiellement aux organismes communautaires et aux CLSC. Le reste du financement à être réalloué proviendra d'une réorganisation de la psychiatrie, surtout des services de long terme. Le Sanatorium Bégin, mi-institution psychiatrique et mi-centre d'accueil, possède un bassin de lits de près de 124 places qui sera ramené aux environs de 40 places. Une étude est présentement en cours pour évaluer la clientèle et cerner les substituts à l'hospitalisation à développer. Cette région a reçu peu de fonds de développement du MSSS suite à l'élaboration de son PROS.SM. Environ 500 000 \$ ont été alloués à la régie régionale de Québec dont le 2/3 au territoire de Chaudière-Appalaches.

(...)

En plus du PROS.SM, il existe pour cette région un PROS en déficience intellectuelle. Une commission jeunesse (table de concertation du genre «CTR») a aussi été dernièrement mise en place, ce qui fait penser au responsable du programme de santé mentale de la régie qu'il y aura possiblement un PROS d'élaboré pour ce programme de santé...

¹ Peu de références au document PROS.SM seront ici effectuées, au besoin revoir la section concernant la région 03. Lors de l'élaboration du PROS.SM, Chaudière-Appalaches était intégré à la région de Québec. Notons aussi que le plan de transformation et le bilan réalisé du PROS.SM sont davantage les documents de planification utilisés aujourd'hui, car le PROS.SM considère les deux territoires régionaux et n'est pas actualisé au contexte présent.

**Point: 3.1. La planification régionale en santé mentale et le PROS.SM
comme principal outil de cette planification:**

Tous les PROS.SM ont été mis en oeuvre suite à la *PSM* (1989), sauf celui de l'Outaouais qui constitue une expérience pionnière (1985). Le PROS.SM est le premier exercice autant structuré de planification régionale, exercice qui s'élabore aussi essentiellement sous le contrôle des régions régionales. La planification régionale est fort démocratique et décentralisée pour la plupart des régions sociosanitaires. Les principaux distributeurs de services de santé mentale participent à la planification (établissements et organismes communautaires). L'intersectoriel, à part égal à ces premiers, est aussi mobilisé, car l'action socio-économique devient un déterminant important de la santé des populations. La planification s'organise aussi en fonction de nouvelles modalités de gestion: les approches par programme et par objectifs/résultats et l'évaluation (sur lesquelles nous reviendrons dans la section portant sur les outils de gestion). La planification est ainsi effectuée non plus seulement en fonction des distributeurs de services, mais en fonction des besoins recensés des clientèles (approche par programme; *Enquête Santé Québec*). Les clientèles font l'objet d'un découpage particulier: clientèles ayant des troubles mentaux sévères et persistants, des troubles mentaux transitoires, personnes dont la santé mentale est menacée - groupe à risque - et personnes ayant des doubles problématiques (par exemple: santé mentale et toxicomanie) (*PSM*). Les groupes sont également découpés par tranches d'âges; les plus souvent retrouvés sont: les jeunes (pédopsychiatrie), les adultes et les aînées (psychogériatrie). Ce premier et dernier groupes posent particulièrement problèmes, puisque ici le programme de santé mentale peut venir interférer avec les programmes jeunesse et personnes âgées - nous y reviendrons dans la section portant sur les outils de gestion (approche par programme) - . Le PROS.SM est aussi fortement balisé, d'une part, par la *PSM* qui met de l'avant la notion de santé mentale et les dimensions biopsychosociales de cette dernière et, d'autre part, par certains documents sur la planification qui viennent tracer les cadres de la conception et de l'opérationnalisation de la démarche de mise en oeuvre du PROS.SM.

Résumons les orientations les plus importantes de la *PSM* qui encadrent la configuration des PROS.SM. D'une part, une meilleure répartition du financement...

ANNEXE III
Exemples de verbatim

Exemples de verbatim

*Dans l'annexe précédent, nous avons présenté des extraits des textes rédigés pour élaborer les différents articles de la thèse. Cette section a pour but de mieux illustrer comment l'information, tirée des entrevues et des sources primaires (archives, procès verbaux, documents élaborés par le MSSS, les régies régionales, les distributeurs de services...), a été traitée. Des extraits d'entrevues et de sources primaires sont ainsi présentés suivant les composantes à l'étude du modèle d'évaluation du PROS.SM (figure 3 de la section 1.2.2.1).

1. Outil PROS.SM

1.1. Système de gestion et de financement par programmes et par objectifs/résultats

a) Formalisation de la planification et de la gestion par objectifs/résultats:

•un comité MSSS/RRSSS sur la gestion par programmes affirme ainsi «que si la loi a statué sur les mandats respectifs des paliers décisionnels, leurs aspects opérationnels restent à définir dans le cadre de la gestion par programme (Comité MSSS/RRSSS sur la gestion par programme, juin 1994, p. 2 et 19)».

•«La RRSSSM doit coordonner point. Elle ne doit pas donner des directions; elle doit seulement coordonner. Au début, la RRSSSM donnait des directives. C'était assez clair. Là, elle s'est assouplie. Elle ne s'en tient plus qu'à des fonctions de coordination. L'élan qu'elle a donné à la coordination, c'est en mandatant une personne qui s'occupe qu'exclusivement de notre sous-région. Donc, cette personne peut développer des connaissances approfondies, claires et nettes de tous les intervenants et organisations, de leurs missions... Ce conseiller sous-régional connaît les PROS, les différentes instances et il est capable de coordonner et d'harmoniser. Ça c'est un incitateur (un représentant de la TSR).»

•«La RRSSSM devrait écouter vraiment les gens, arrêter de toujours revenir avec ses demandes. Les gestionnaires de la régie régionale devraient apprendre à s'adapter à nous au lieu d'essayer de nous changer (...) Ils nous demandent de s'adapter à leurs structures au lieu qu'eux s'adaptent à nos structures (un coordonnateur d'une ressource communautaire).»

•«La RRSSSM devrait être une instance qui surveille cela. Les gestionnaires de la RRSSSM ne le font pas. Je trouve qu'ils manquent beaucoup de leadership, beaucoup par rapport au respect des priorités et des rôles de chacun définis dans le PROS. Par exemple, lors de l'identification des priorités sous-régionales, les gens de la table pouvaient décider de ne pas aller dans le sens des priorités du PROS.SM; ils faisaient des dérogations constamment et la RRSSSM laissait faire. Alors, la RRSSSM gardienne des priorités du PROS.SMM! C'est sûr que la RRSSSM pourrait avoir plus de leadership. Évidemment, les ressources communautaire ne vous dirons pas cela. Donc, la RRSSSM ce n'est pas vrai qu'elle décide de tout, que les sous-régions ne font qu'entériner les décisions prises par les représentants de la RRSSSM (un intervenant d'un CLSC).»

•«C'est toute la gestion du processus interétablissement qui est à remettre en question. Puisque le processus est déficient, cela s'avère très difficile de faire en sorte que les acteurs du réseau travaillent ensemble. À l'intérieur d'un établissement, c'est facile. Mais dès que l'on sort d'un établissement, il y a de gros problèmes de concertation (un gestionnaire de la RRSSSM).»

•«La première tactique en Montérégie a été de faire un PROS selon les besoins de la région. C'est 140 millions de dollars. Au total, on a reçu 40 millions de dollars. Les paramètres n'ont jamais été redéfinis. Tu as 140 millions, c'est un liste d'épicerie: j'ai besoin de XXX... Tout le monde amenait un panier d'épicerie; il n'y a pas de chicane. 140 millions \$, tu en as «en masse» pour satisfaire tout le monde. Quand le PROS a été

régigé, c'était toujours avec une mentalité qu'on aurait 140 millions \$ du ministère. Il n'y a pas eu de grande confrontation, sinon idéologique (un coordonnateur d'une ressource communautaire).»

•«Le fait d'être reconnu comme partenaire différent mais égal ne semble pas aller de soi. Par rapport à notre rôle, nous avons ressenti plus un désir de nous voir jouer celui de «sous-traitant», là où les besoins sont grands et les moyens petits, permettant aux «vrais partenaires» de travailler sérieusement. Il en va de même pour notre autonomie. Il est de plus en plus clair que l'instrument privilégié qui accompagne le financement par services soit le contrat de services: celui-ci est élaboré sans nous et laisse peu de place à la négociation (Taillon, Guy, *La Politique sur la santé mentale: un défi pour le mouvement alternatif*)»

•«Le PROS, c'est trop théorique (un coordonnateur d'un organisme communautaire).»

•«On a déjà notre programme adulte. Le programme de pédopsychiatrie était déjà structuré comme tel avant le PROS. Oui, c'est la division d'avant le PROS. Le PROS a davantage développer une vision au niveau de la prévention/promotion, pour les départements de santé communautaire, les CLSC et certains organismes communautaires. Au niveau de la deuxième ligne, nos services spécialisés, jeunesse 0-18 ans et adultes, étaient déjà structurés comme cela. Même, on déborde les 64 ans, comme il n'y a pas de services de santé mentale pour eux. Il faut les traiter à l'hôpital quand ils ont besoins d'être hospitalisés ou les traiter à la clinique externe. Donc, la division du PROS, c'est une division théorique; nous, notre clientèle on l'a de 0 à 100 ans. On avait déjà des programmes qui étaient délimités de cette façon-là. Il y a eu des volets de services qui ont été ajoutés. En santé mentale, pour les 65 ans et plus, la fiducie a été donné aux CLSC. Par contre, cela a créé des problèmes. On est en train de remettre cela en marche. L'argent a été distribué aux CLSC. Cela n'était même pas parce que les CLSC tiraient sur leur bord. On était ensemble au comité de travail. Cela a été la RRSSM qui a pris la position de dire: cela va être le CLSC qui va être fiduciaire (un psychiatre d'un CH).»

•«Le PROS a peu changé nos activités; à 95%, on continue de faire ce que l'on faisait avant. La différence, c'est que le PROS a permis d'établir un vocabulaire commun avec les partenaires. On sait un peu plus où tout le monde se situe dans le réseau, quelles sont les responsabilités de chacun... Notamment, les personnes âgées, la responsabilité est maintenant donnée au CLSC (un psychiatre d'un CH).»

•«Le PROS aurait pu être plus utile s'il avait vraiment défini les rôles, les mandats de chacun des partenaires (un intervenant d'un CLSC).»

•«Il y avait une tendance à ce que tout le monde prétende qu'il donnait des services dans tous les domaines. Donc, là, tu mets des coches un peu partout pour ne pas déplaire à personne. Dans la dispensation réelle des soins et des services, tu as cependant comme l'impression, qu'en bout de ligne, tout le monde continue de faire à peu près comme avant (un gestionnaire d'un CH).»

•«On n'a pas effectivement assez ciblé les distributeurs de services; cela était trop conflictuel. Moi, je pense qu'on aurait pu aller plus loin: mieux définir les champs d'intervention, les niveaux... (un responsable d'un organisme communautaire).»

•«La dynamique des comités est intéressante quand il s'agit de cibler les besoins et de les évaluer. Quand il s'agit cependant de trouver les distributeurs, cela joue dur, parce que tout le monde veut être les distributeurs. Les gens vont se servir de leur approche pour dire qu'ils ont une meilleure façon de faire (un gestionnaire d'un CH).»

b) Gestion par programmes

b.1. Notion de programmes et systèmes d'information supportant l'approche:

•«Pour les intervenants et les cliniciens, cette notion s'utilise ainsi pour décrire l'ensemble des services à rendre disponibles à une personne-client (le PSI en étant un exemple) ou pour indiquer un type d'interventions circonscrit à un groupe de personnes dont la configuration des besoins est relativement homogène dans les limites de leur compétence et des ressources dont il disposent (ex.: le programme de maintien à domicile dans un CLSC). Par ailleurs, au niveau ministériel, la notion de programme oscille entre

deux conceptions. La première fait référence à des regroupements dits de «clientèle» qui tendent à rassembler, autour des problématiques usuelles du réseau de la santé et des services sociaux, les technologies utilisées pour y faire face (ex.: les personnes âgées en perte d'autonomie). La seconde est une utilisation carrément budgétaire et constitue un outil de gestion qui découpe les activités du réseau de la santé et des services sociaux en fonction des types de ressources (ex.: le programme 03: services des CHSCD). (...) À noter aussi qu'actuellement [1992], la définition du programme visé par l'allocation des ressources n'est pas nécessairement la même que celle visée par les *PROS.SMM* dans les régions. L'on devra les rendre relativement homogènes en resserrant les liens entre les *PROS.SMM* et les programmes».¹

•«Un programme-clientèle est défini depuis la réforme «comme un ensemble de services et d'activités intégrés, destinés à une clientèle particulière ou à une population, visant des résultats spécifiques et pour lequel sont consenties des ressources humaines, matérielles et financières»².

•«Grâce principalement au développement de la santé communautaire, le terme programme en est venu également à désigner un ensemble organisé, cohérent et intégré d'activités et de services réalisés simultanément ou successivement avec les ressources nécessaires, dans le but d'atteindre des objectifs déterminés, en rapport avec des problèmes précis et ce, pour une population définie (Pineault et Daveluy, 1986).»

•L'approche par programmes possède: «1) un axe vertical qui correspond à la définition budgétaire des programmes, selon le type de ressources (CHCD, CLSC, etc.) et/ou de services (services à domicile, services d'hébergement, services diagnostiques ou curatifs...); 2) un axe horizontal qui regroupe plusieurs types de services autour d'une clientèle ou d'un problème donné (personnes âgées en perte d'autonomie, jeunes en difficulté, sidatiques, etc.). C'est d'ailleurs autour de cet axe que se définissent une bonne partie des orientations ministérielles qu'il s'agisse de politiques, cadres de référence, plans d'action ou programmes-cadres. 3) Un programme peut donc correspondre à une colonne (les services en CAH), à une ligne (les services aux personnes âgées en perte d'autonomie) ou à une simple case (les services d'hébergement aux personnes âgées en perte d'autonomie).»³

•«Il y a des choses qu'il faut travailler en même temps, de front. Si tu as deux problématiques, cela amène vraiment une division au niveau des services et des équipes de travail. C'est là que cela ne se positionne pas la gestion par programme. C'est ça qu'on avait avant dans les CLSC et dans les hôpitaux. On a pas arrêté de dénoncer cela. Cette gestion de l'argent et des services, ils la reconstituent à l'intérieur des organismes communautaires qui offrent plus d'un service. Je trouve cela très dangereux. Je l'ai expérimenté et cela n'a pas duré longtemps. L'assemblée générale s'est réunie. Avant cela, on avait fait une réflexion au conseil d'administration, une équipe de travail avec une personne de l'extérieur. On a évalué l'approche et on a décidé de la faire sauter parce qu'on perdait trop. L'approche par programme, c'est trois programmes, trois comptabilités et trois équipes à superviser. Quelqu'un peut venir à la résidence pour suivre un programme de réadaptation, pour avoir des services cliniques et en même temps avoir besoin qu'on travaille sur son réseau social. Si je sépare mes équipes, je ne fais pas de continuité entre les interventions. Cela devient un nouveau client pour l'autre équipe qui va le réévaluer encore... C'est une grosse perte de temps d'évaluer. Chacun fait trois rapports séparés du client (un coordonnateur d'une ressource alternative).»

•«Toutes les discussions ont soulevé le manque d'une définition claire des différents programmes et d'une conception partagée des services à développer dans chaque programme. Cet exercice pour en arriver à une compréhension commune n'ayant pas été complété, le même genre de confusion risque de se reproduire à chaque nouvelle allocation budgétaire (*Correspondance*, Granby-RRSSM, 28 septembre 1992).»

•«Certes, il est plus facile de mobiliser les partenaires du réseau à travailler sur les *PROS.SM* lorsqu'il y a de l'argent de développement. Le *PROS.SM* prend néanmoins d'avantage son sens et sa force, via l'approche par programme, lorsqu'il n'y a aucun ou peu de nouvel argent. C'est dans un contexte de rareté que les choix sont plus difficiles à faire, c'est là aussi que le *PROS.SM* est le plus essentiel.»⁴

•«La notion de programmes permet de systématiser et de regrouper par catégories de services ce qu'on doit assurer à la population pour avoir une réponse à ses besoins et à ses demandes de services. Cela donne

¹ Comité MSSS/CRSSS sur l'allocation interrégionale des ressources, *L'Allocation interrégionale des ressources et l'approche programmes*, mars 1992, p. 14.

² MSSS-DGPE, *Vers une nouvelle structure de programmes*, mai 1990, p. 2.

³ Sylvie Dillard (1989) citée dans: *Cadre conceptuel pour l'opérationnalisation de la notion de programmes*, Document de travail du Comité MSSS/CRSSS sur la gestion par programmes et l'allocation des ressources, mai 1992, p. 2.

⁴ *La position du ministère relativement aux PROS.SM*, par le sous-ministre associé à la réforme, M. Paul-A. Lamarche, oct. 1990.

une mesure, des paramètres, une vision commune d'une problématique donnée, d'une clientèle cible. Il y a aussi des programmes à l'intérieur d'un champ. Par exemple, dans le champ de la santé mentale, on a le programme de santé mentale. Si je prends l'adaptation sociale ou l'intégration sociale, on a un, deux ou trois programmes. Pour moi, la notion de programmes fait qu'au Québec, on est enfin parvenu à appeler «un chat un chat», un «chien un chien», à faire le ménage au niveau des services (le coordinateur du programme de santé mentale d'un région sociosanitaire).»

•«Quand on parle de programmes, on fait référence à ce qu'on appelle dans la *Politique de santé mentale*, la gamme essentiel de services: l'information, la promotion/prévention... jusqu'à la réinsertion/réadaptation sociales. C'est cela qui est notre découpage de programmes (le coordinateur du programme de santé mentale d'un région sociosanitaire).»

•«Les systèmes d'information ne sont pas encore au point. Les informations sont transmises au ministère qui doit les retransmettre aux RRSSS pour que les RRSSS puissent exercer leur mandat. Lorsqu'il s'agit de dossiers qui ont des renseignements nominatifs, la commission d'accès à l'information n'autorise pas le ministère à transférer les données aux RRSSS. Par exemple, vous avez les CLSC qui avec leur système d'information clientèles possèdent des données, entre des données sur leurs clientèles: l'âge, le type de personne, les problématiques, les types de services qu'ils donnent... Ces données, parce qu'elles contiennent le numéro d'assurance sociale ou le code postal des personnes, ne sont pas accessibles; elles contiennent des renseignements nominatifs. Ce sont, par contre, des informations qui sont utiles aux RRSSS pour planifier les services, pour avoir une idée de la demande de services (un gestionnaire de la RRSSSM).»

•«C'est à construire. Ici, on fait l'inventaire des budgets de la régie octroyés par programmes. Là, on sait où sont les budgets. Il n'y a pas beaucoup de régies qui font cela; ici, on a l'ensemble des budgets par programmes. Un réel système d'information exigerait cependant d'avoir des caractéristiques sur chacun des établissements et organismes communautaires, les services et les budgets qu'ils ont et les clientèles qu'ils desservent sur une base annuelle. Un bon système d'information devrait combiner à la fois les budgets et les ressources de l'ensemble des services et les profils de clientèles. Quelqu'un travaille sur cela ici, soit à construire un système d'information clientèles comme support à l'ensemble des activités (un gestionnaire de la RRSSSM).»

b.2. Nomenclature des services:

•«Je trouve que le *PROS.SMM* est beaucoup trop compartimenté par rapport aux programmes: les 2.2., les...; pis là «ben», c'est moi qui fait ça, «ben» non; non, c'est moi! L'entraide et le répit, par exemple, cherche quelle est la différence. Qu'il y ait moins de programmes, cela réduirait les conflits. Moi, j'aurais fait neuf carreaux. Dans chacun des carreaux, j'aurais mis les numéraux qui correspondent aux programmes. Dire voici: il y a neuf grands programmes pour le *PROS.SMM* (un gestionnaire de la RRSSSM).»

•«Si on présente un projet à la RRSSSM en disant: On voudrait avoir des fonds pour encadrer ce groupe là. Les gestionnaires de la RRSSSM vont nous dire: On ne peut pas vous financer parce que votre travail, c'est de faire de la réadaptation. Ça veut donc dire que la personne est dans une démarche d'apprentissage. On pourrait donc difficilement recevoir des fonds, parce que dans le *PROS.SMM*, on est dans le 3.25, soit dans une ressource qui donne des services de réadaptation et de transition. Ce classement a été fait au début du *PROS.SMM* et un coup que cela est fait, c'est fini, «casé». C'est très difficile de changer de case [programme] (un gestionnaire d'un CH).»

•«À un moment donné, on aurait peut être été près les partenaires [CTSR] à dire: Bon, on met un peu moins d'argent en services spécialisés, mais on va plus en mettre pour ce projet là. Pour la régie, c'était cependant non, non, non... Vous ne mettez pas d'argent dans ce projet; il n'y a pas de dérogation à ce sujet. C'était clair. On était pris comme dans de petites cases (un représentant d'un CTSR).»

•«Il est arrivé des budgets non récurrents et la TSR a demandé au comité de santé mentale de se réunir pour décider de l'allocation des fonds. Les gens se sont entendus sur les services; ils ont ciblés et ils étaient tous d'accord. C'est très rare qu'ils sont tous unanimes. La RRSSSM, qu'est-ce qu'elle a fait? Elle a dit à la TSR, qu'elle n'était pas d'accord avec le projet, que c'était pas de vrais besoins. Elle est venue nous rencontrer en nous disant: Ce n'est pas les vrais besoins. Écoutez, a-t-on dit aux gestionnaires de la régie: Nous, on sait les besoins qu'on a. Les représentants de la RRSSSM nous ont amené des critères. Dans le fond, la

RRSSSM, c'est de reformuler autrement et cela va passer. C'était exactement cela. Mais, cela a été une perte de temps. Sur le comité tripartite, oui, cela arrivait souvent. Il y avait beaucoup de déchirement au début, sauf que les gens ont commencé... Il y a eu des alliances entre le communautaire et l'institutionnel... (un responsable d'une ressource communautaire).»

c) Financement par programmes (allocation des ressources à des activités par programmes)

•Le ministère affirme que «la gestion par programmes ne modifie aucunement le système de budgétisation globale «prospectif» des établissements, qui constitue l'un des acquis les plus importants en matière de contrôle des dépenses totales de santé»¹. Cet arrimage entre la gestion par programmes et la gestion par budgétisation globale suppose néanmoins des ajustements. Ainsi, le ministère rajoute-t-il qu'«une transition devra s'échelonner sur un certain laps de temps, entre la structure actuelle des programmes budgétaires, caractérisée par une gestion selon les types d'établissements ou selon les types de producteurs et une nouvelle structure de programmes à être développée autour des clientèles, des besoins et des diverses problématiques ainsi que des objectifs sociosanitaires à poursuivre»².

•«Dans tout le calcul, comment la RRSSSM en est arrivée là? C'est très difficile de se retrouver dans les calculs. Par exemple, on parle de 5.6% de la population qui a tel trouble et quand j'arrive à tel ligne, on est plus rendu au même chiffre. Des chiffres, cela se change continuellement. C'est complexe. On se perd dans cette évaluation (un coordonnateur d'un organisme communautaire).»

•«Cependant, dans son application, la reconduction mécanique des budgets d'établissements ne permet pas de prendre en compte de façon adéquate l'évolution sur le plan local des besoins des populations desservies [les besoins identifiés comme prioritaires] et des volumes d'activités spécifiques à chaque établissements. Cette prise en compte procède d'ajustements ad hoc. Surtout, elle n'assure d'aucune façon la complémentarité et l'intégration des services à la clientèle, notamment avec les organismes communautaires.»³

•«On ne peut pas modifier totalement en un tournemain la budgétisation historique fondée sur les besoins des établissements; les programmes-clientèles, qui supportent le virage population, n'en sont qu'à leur début et mettront plusieurs années à se développer et à se mettre en place. De plus, certains budgets sont à court terme relativement rigides, ancrés dans la distribution actuelle des personnels et des édifices»⁴.

•«La préoccupation pour les PROS et, de façon générale, pour la consolidation des dynamiques régionales, a encore très peu pénétré l'univers des centres hospitaliers de courte durée, le monde de la santé physique, là où sont affectés plus de la moitié des budgets de la santé et des services sociaux (...) Il n'en demeure pas moins qu'il est encore très difficile de fractionner les activités des CHCD par clientèles, problématiques ou population et de leur signifier ainsi des objectifs de résultats (RRASMQ, *Le Choc des cultures*, p. 21 et 32)».

•«À mon Dieu, c'est laborieux. On en a des appels d'offre et pas juste en santé mentale. La RRSSSM nous interpelle, pour les budgets de développement ou de réallocation, à faire des projets conjoints. Ce n'est pas mauvais, sauf qu'un moment donné tu as l'impression... Tous les projets doivent être élaborés conjointement avec une autre organisation. Souvent, ils ont des délais très court pour arriver dans leur échéancier, comme des concertations obligées. Pour la complémentarité, on sent qu'on veut, de plus en plus, qu'il y ait des choses qui soient prises en charge par d'autres organismes que les CHCD, laissées notamment aux organismes communautaires. Il reste cependant que la façon de le faire, de toujours élaborer des projets, cela est très exigeant-et vient enlever du temps, qu'on arrive déjà difficilement à donner, pour les services à la clientèle (un gestionnaire d'un CH).»

•«Depuis un an ou deux, on se rend compte que si on veut avoir des sous, il faut présenter des projets où on est partenaire avec d'autres organismes qui sont dans d'autres compartiments du PROS. On a vécu une période où on s'est cloisonné. Cela nous a permis de mieux se définir, mais là, on est à l'étape où il faut établir des liens de partenariat avec d'autres ressources quelles soient institutionnelles ou communautaires

¹ *Ibid.*, p. 47.

² *Ibid.*, p.17.

³ *Ibid.*, p. 14.

⁴ *Ibid.*, p. 33.

pour développer des actions qui soient plus coordonnées (un gestionnaire d'un CH et coordonnateur d'une ressource communautaire).»

1.2. Système d'évaluation

a) Consultation périodique par le niveau régional des différents partenaires à des fins de dépistage des problèmes de mise en oeuvre du PROS.SM:

•«Je pense que les organismes commencent à le reconnaître. C'est comme cela qu'on va arriver à un climat sain, pas un climat de confrontation. Le respect de chacun, les ressources alternatives et les établissements, c'est important. Là, on a commencé une tournée. La TSR a dit: il y a des gens qui causent des problèmes sur le terrain. Alors, le réseau a fait une recommandation. Il a organisé des rencontres pour justement connaître ces gens. Qu'est-ce qui les fatigue? Moi, la recommandation que j'ai fait, c'est de les rencontrer par petits groupes. Si on se rencontre à 40, on ne parlera pas du tout de la même affaire. Des rencontres ont été faites pour voir ces gens et quels moyens on peut se donner pour régler les problèmes. Moi, je coordonne. Les gens ont à trouver leurs solutions. Ce n'est pas à moi. C'était intéressant, parce que tu vois l'ouverture du réseau; les gens sont soucieux de leurs relations. Ils prennent le temps d'améliorer leurs rapports. Je disais aux organismes communautaires d'être patients; on s'approprie mutuellement, ce n'est pas évident. La confiance cela se perd plus vite que cela se gagne, et cela se gagne avec le temps (un conseiller sous-régional de la RRSSSM).»

•«Les outils de gestion sont les cadres de référence qui arrivent pour assister nos orientations. Les comités de concertation par zones [sous-régionaux ou MRC] sont nos principaux outils de gestion. On a six comités de concertation par zones, qui siègent mensuellement. Ces comités sont composés de représentants des établissements et d'organismes communautaires actifs en santé mentale. Les comités se dotent, en début d'année, d'une planification pour assurer la mise en place ou la révision d'une organisation de services en santé mentale. Chaque compte rendu de leurs travaux est acheminé à la régie régionale. Donc, on peut suivre comment ils travaillent. Régulièrement, la régie est invitée à participer à leurs travaux. Par ailleurs, la régie organise des rencontres régulières avec les présidents de ces comités de concertation par zones pour faire l'harmonisation de ce qui doit être standardisé entre les zones quant à la conception de l'organisation des services de santé mentale. C'est le principal outil (le coordonnateur du programme de santé mentale d'une RRSSS).»

•«En 1989, dans le *PROS.SMM*, il n'y a pas eu de remise en question des services, parce qu'on avait pas les moyens, les outils dont on parlait tantôt. Une telle évaluation impliquerait d'apprécier l'impact des services sur l'amélioration de la santé des personnes. Elle n'exigerait pas uniquement une appréciation de l'efficacité ou de l'efficience. Cela serait vraiment de dire: quelle intervention est la plus appropriée? Dans les RRSSSM et même ailleurs, on n'a pas le personnel ayant les compétences, les habilités pour effectuer de telle évaluation. On commence à se doter de cette compétence; la santé publique a des spécialistes en évaluation de l'impact... Les groupes communautaires ne sont pas contents du *PROS.SMM*. C'est un compromis. Ils disent que c'est un PROS traditionnel. On n'a pas assez remis en question l'organisation des services d'après eux, mais ils ne peuvent pas, non plus, remettre en question les services. Ils ont toujours contesté l'organisation des services, mais il faut que cela soit fait sur une base solide. Il nous reproche aussi d'avoir prévu des lits en psychiatrie, parce qu'ils sont contre. Ils auraient voulu qu'on ferme les départements de psychiatrie. Ils ne sont pas contents du financement qu'ils ont reçu. Ils nous disaient qu'il ne fallait pas de lits en psychiatrie. C'est quelque chose qu'on n'a pas regardé. Dans le comité tripartite, tout ce qui était du secteur hospitalier n'a pas été touché à cause des pressions, des idéologies. Cela nous bloquait continuellement. Les gens refusaient de regarder la situation de la psychiatrie. Quand l'hôpital parlait, il n'y avait pas d'écoute. C'est en partie à cause d'eux qu'on n'a pas pu aborder la question des lits en psychiatrie. Évidemment, pour le communautaire, la remise en question, c'est de dire: faut fermer! Il aurait voulu qu'on remette en question tous ces services pour les fermer! Nous, on voulait les évaluer pour voir s'ils étaient adéquats. Pour moi, la conclusion n'était pas déjà là avant de commencer les études. Pour moi, la conclusion ce n'était pas qu'on va les étudier pour les fermer. On va les étudier pour voir si on en a effectivement besoin et comment on pourrait mieux les organiser. Moi, j'étais persuadé qu'on en avait besoin (un gestionnaire de la RRSSSM).»

b) Vérification par le niveau régional de l'utilisation appropriée des sommes allouées:

•«À partir du moment où le ministère donne 1 \$ pour faire de la psychiatrie, la première année tu m'es le 1 \$ en psychiatrie. La deuxième année, tu m'es encore le 1 \$. Avec le 1 \$, tu as ouvert cependant seulement 80% des services. Tu t'es gardé une marge de manoeuvre. Tu prends toujours le 1 \$, mais tu as mis des postes à temps partiel que tu vas fermer. À partir du moment où c'est introduit dans l'enveloppe globale de l'établissement, parce que les nouveaux sous ne sont pas encore dans le budget global de l'institution... Sur trois ans, ces fonds sont rendus dans la mer des soins. Si on décide de faire des réformes à l'intérieur de l'hôpital, on peut mettre 30 sous du 1\$ sur autres choses. La RRSSSM n'a pas le contrôle de ses restructurations, si l'hôpital rentre dans son budget global (un représentant du 1^{er} tiers au CTSR).»

•«L'évaluation dans les organismes communautaires, c'est l'aspect que les gens des établissements déplorent. Les groupes communautaires prétendent avoir le même type d'évaluation que nous. Nous, on a cependant des comptes à rendre comme établissement un peu partout. On fait des programmes; on doit faire des bilans annuels; on doit faire des comptes rendus de nos activités, de nos volumes d'activités... Les organismes communautaires ont une clientèle restreinte. C'est aussi toujours les mêmes clients qu'ils desservent; l'ouverture à d'autres clientèles, on n'est pas sûr qu'ils le font... On n'a pas de coup d'oeil; peut-être que la RRSSSM l'a, mais cela n'est pas évident pour nous de le savoir... On a l'impression qu'il y a moins d'évaluations systématiques, rigoureuses des programmes offerts dans le communautaire et pour les clientèles réellement desservies qu'il peut en avoir pour les établissements (un gestionnaire d'un CH).»

•«Tous les établissements qui ont un budget en santé mentale ont un suivi sommaire. Ils ont à identifier ce qu'ils ont fait avec les fonds, les types de services qu'ils offrent, les clientèles desservies... Les directives qu'on a envoyé, c'est que tous les soldes budgétaires au 31 mars de chaque année sont transférés sur les années suivantes et restent en santé mentale. Je dirais qu'il n'y a rien en santé mentale qui a été coupé... Dans le rapport d'activités, il y a des données de base que les ressources doivent fournir. Par exemple, il y a une ressource qui a présenté un rapport d'activités de 3 pages; c'est le minimum des minimums; il n'y a rien. Il y en a une autre qui a fait un rapport de 65 pages. Il y a un juste milieu. Suite à l'analyse des rapports, il faut écrire une lettre, mais vous savez il y a 57 ressources communautaires. Il y a aussi les établissements. Ils ont à compléter un suivi d'implantation beaucoup plus strict pour la reconduction des budgets... Dans le rapport, vous dites ce que vous avez fait. C'est 8 ou 9 pages (un gestionnaire de la RRSSSM).»

c) Développement de systèmes d'information et d'indicateurs de mise en oeuvre:

•«Les moyens de vérifier ne sont pas là. Si un établissement déclare dans son rapport financier qu'il met, par exemple, tant en santé mentale, tant pour les personnes âgées, on ne peut pas le vérifier. Avec un système d'information clientèle, on pourrait vérifier, pour une institution, l'importance de sa clientèle dans telle problématique. Cela donnerait un ordre de grandeur qui permettrait de dire «oui cela a de l'allure»... Certes, il y a des analyses financières qui se font par rapport aux établissements. Il y a toutefois des zones grises... Par ailleurs, dans les CLSC, ce problème est d'autant plus compliqué, parce que les CLSC ne gèrent pas leur système par catégories de clientèles (un gestionnaire de la RRSSSM).»

•«Il faut trouver des indicateurs acceptés par tous les partenaires. La tradition d'évaluation des services n'est pas forte. Les établissements ne sont aussi pas toujours portés à donner l'information nécessaire à la RRSSSM pour effectuer les évaluations. Il y a des craintes vis-à-vis de la RRSSSM. Minimale, on doit savoir quelles sont les clientèles qui sont rejointes, les types de services donnés, où proviennent les clientèles et où vont-elles après? Également, quel est le nombre d'heures qui est consacré aux services directes à la clientèle versus à l'administration (un gestionnaire de la RRSSSM).»

•«Il y a d'importantes lacunes dans les systèmes d'information pour effectuer la planification des services. Par exemple, il est très difficile de savoir où la clientèle anglophone va chercher ses services. Le fichier MED ÉCHO, pour les hospitalisations, ne nous donne notamment pas la langue parlée des gens. Il y a donc des problèmes pour aller chercher l'information, surtout celle qui est pointue. Il est aussi difficile d'obtenir de l'information concernant les clientèles à double problématiques. Il n'est également pas toujours faciles d'obtenir des informations quant aux services donnés par les services communautaires: nombre de personnes desservies, traitements donnés... Des renseignements qui, normalement, devraient être facile à

obtenir. Les données de la RAMQ sont aussi très difficiles. Ces lacunes dans les systèmes d'information complexifient la gestion de nos mandats (un gestionnaire de la RRSSSM).»

1.3. Démocratisation et décentralisation

a) Degré de participation aux décisions du PROS.SM et au contrôle de sa mise en oeuvre:

- «J'avais l'impression que je ne voyais pas mon rôle là (un représentant de l'intersectoriel).»
- «On leur demande d'être là tout le temps, alors qu'on les interpelle 1/10 du temps (un coordonnateur d'un organisme communautaire).»
- «Les régies vont travailler beaucoup plus avec leurs conseils d'administration. Ces derniers vont prendre plus d'importance. Elles vont travailler beaucoup plus avec les instances de leurs régions. Elles s'occuperont moins de gérer de façon administrative leur responsabilité interne; elle négocieront avec l'ensemble des acteurs régionaux. Cela va nous conduire vers un système beaucoup plus électoral (un gestionnaire de la RRSSSM).»
- «Le problème que je vois depuis quelques temps, c'est que les régies régionales sont en réorganisation complète. Dans les régies régionales, nos interlocuteurs ont changé. On reçoit régulièrement des tableaux de restructuration pour nous dire qui est responsable de quoi, autant au ministère qu'à la régie régionale. Ça change et ça change sans arrêt. Par exemple, à la RRSSSM, il y a le responsable de la formation et il y a des personnes qui travaillent pour lui; en un an, cela fait trois fois que la personne qui s'occupe des relations avec les ressources change. Le mot d'ordre c'est: restructuration, consolidation et planification (un coordonnateur d'une ressource communautaire).»
- «J'ai l'impression qu'ils «s'enfargent» eux mêmes dans leur pouvoir. Souvent, on leur pose des questions et ils ne savent pas où ils vont... Donc, la RRSSSM, quand ça va être organisée, j'ai l'impression que ça va être utile. Elle est toute désorganisée. En fait, personne comprend rien à la RRSSSM. Il y a peut-être quelqu'un qui comprend, mais on ne le voit pas celui-là (un coordonnateur d'un organisme communautaire).»
- «Un moment donné, j'avais X qui s'occupait de toute la région. À un autre moment donné, il y a Y qui est venu nous aider. Ils ont séparé la sous-région en deux. Alors, j'ai eu Z. Après, j'ai eu le grand patron de la régie. Un moment donné, ce dernier est tombé malade, j'en est eu un autre. J'ai des lettres que je suis même pas sûr qu'ils ont reçu (un coordonnateur d'une ressource communautaire).»
- «Les établissements n'étaient pas nécessairement bien heureux de voir arriver ce genre de TSR, parce que cela amenait tout un changement d'approche de la RRSSSM. Pour eux, c'était une perte de pouvoir. Avant cela, il y avait des tables d'hôpitaux, des tables de CLSC. Donc, même s'ils continuent à se réunir à l'intérieur de ces comités, c'est plus la structure formelle de consultation de la RRSSSM. Avant, la RRSSSM passait par ces regroupements pour consulter, il n'y avait pas vraiment de TSR à l'époque (un gestionnaire de la RRSSSM).»
- «Au départ, les institutions n'ont pas pris les comités tripartites bien au sérieux. Les CLSC siégeaient notamment un peu de reculons (un représentant du 1^{er} tiers au CTSR).»
- «Les organismes communautaires prennent beaucoup de place sur les TSR. Les établissements de santé, qui ont les plus gros budgets et d'importantes responsabilités, n'ont pas trop de place sur ces tables. Ils ont leur place, mais proportionnellement, les organismes communautaires ont beaucoup de place dans ces tables (un gestionnaire d'un CLSC).»

b) Degré de diffusion de l'information:

•«La mentalité des établissements n'a pas changé. La mentalité de concertation n'a pas descendu. Donc, le directeur général est peut-être plus conscient. Il s'est qu'on existe, mais la structure n'a pas descendu. Les réunions se font, mais c'est le directeur général qui rencontre nos directeurs généraux à la ressource. Cela change toute une intervention! Cela ne change rien. Le directeur général de l'hôpital ne se mettra pas à descendre toutes les étages. Donc, l'information ne circule pas. Je recommanderais qu'il y est quelque chose qui réunisse tous les intervenants sur le planché des hôpitaux, des CLSC, etc. Combien de fois, dans du cas par cas, l'infirmière nous a dit: vous existez, ça doit être récent! Non, madame, le centre de crise, il existe depuis trois ans, la ressource depuis douze ans (un représentant d'une TSR).»

•«Ici, l'hôpital a un comité de régie où siège le directeur des services professionnels, les différentes directions des ressources humaines, etc. C'est sûr que l'information doit être ramener là, mais est-ce qu'elle descend plus bas? Je sais cependant que mon patron, qui est le chef du service social et le coordinateur du dossier de la désinstitutionnalisation, je lui apprend souvent des orientations et des décisions... Peut-être, est-ce parce que je siège à la TSR... Je suis au courant de l'information. J'ai une position privilégiée, parce que je siège à la TSR (un intervenant d'un CH).»

•«On a compté sur la présence de différentes personnes autour de la table pour passer l'information auprès de leurs pairs..Le communautaire a davantage diffuser l'information aux intervenants de ses ressources. Les établissements ne le faisaient pas. Le PROS, une fois qu'il a été adopté, il est un peu tombé comme une brique. Je pense qu'on a aussi nos lacunes dans ce processus. On s'est trop fié sur les gens autour de la table pour diffuser l'information. On pensait qu'ils consulteraient leurs pairs pour voir si les travaux avaient de l'allure. Même une fois adopté, je pense qu'il aurait aussi fallu mettre beaucoup d'énergie sur l'information, rencontrer les gens, leur expliquer comment cela fonctionne. Je pense qu'à ce moment là, la coordination aurait eu plus la possibilité de l'utiliser pour faire de la réallocation, de la réorganisation. Les gens auraient été conscients de ce qu'il représente, de ce qu'il y a dedans. Tandis que là, ils sont sentis que cela leur tombait dessus; cela avait été fait sans eux. Je pense que dans les régies actuellement, c'est pas seulement actuellement, ça toujours été comme ça, dès le début des années 1980... Les régies, à mon avis, n'ont pas mis assez d'emphase sur leur rôle d'informateur. Elles ne considèrent pas cela comme assez important. C'est-à-dire, oui, elles savent que c'est important l'information, mais elles ne mettent pas les effectifs, des efforts là-dedans, comme les établissements d'ailleurs. C'est une lacune qui s'explique, les RRSSSM, quoi qu'en disent les politiciens, se sont des petites équipes pour le travail qu'elles ont à faire dans les délais qu'on leur demande (un gestionnaire de la RRSSSM).»

c) Degré d'autonomie des sous-régions à la gestion du PROS.SM:

•«Je sens que les TSR comme structures consultatives ont un certain poids sur les décisions. Cette tendance se développe depuis environ un an. Je le sens, parce que je suis à la table depuis le tout début. J'ai fait un mandat de deux ans; j'en suis à ma troisième année. Au début, c'était clair que tout venait de la RRSSSM; c'était parachuté au table. On ne faisait que nous informer. Je n'appelais même pas cela de la consultation; c'était de l'information. Nous, en même temps, il fallait s'appivoiser. Depuis un an, on a à se prononcer sur des allocations budgétaires. Si on ne s'entend pas, la RRSSSM ne prendra pas de décision. La sous-région va être pénalisée si elle ne s'entend pas. Donc, il faut arriver à discuter, à s'entendre sur des recommandations... Un des obstacles principaux, c'est souvent l'insuffisance d'information. Quoique j'ai dit tantôt que les documents étaient quand même assez complets. En fait, on est souvent pressé pour prendre des décisions. La RRSSSM fonctionne toujours avec des échéances très très courtes. Souvent, les représentants des tables se sentent bousculés pour décider. Souvent, on aimerait prendre le temps de faire une démarche plus approfondie ou de confier à des représentants de notre table le mandat d'étudier plus en profondeur ou d'élargir la consultation. Par exemple, on a une table le 12 et il faut que la décision soit rendue le 13. Comme l'harmonie est bonne, on parvient à se brancher assez vite, dans le respect, mais cela nous bouscule. On voudrait que la RRSSSM établisse un mode de fonctionnement avec des échéanciers un petit peu plus souple (un représentant du 1^{er} tiers à une TSR).»

•«Les années passées, depuis qu'il y a de grosses compressions, on comparait la richesse relative de chacun des programmes dans chacune des sous-régions. On faisait ensuite une richesse ou une pauvreté relatives pour l'ensemble des programmes pour chacune des sous-régions et après cela, à l'intérieur des

sous-régions. Par la suite, on déterminait la portion de la compression qui serait absorbée par les sous-régions. Par exemple, une des premières rondes a été de dire à Sorel et à St-Hyacinthe, qui étaient beaucoup plus riches que les autres, vous allez contribuer de façon plus importante que notamment Longueuil et Valleyfield qui étaient très pauvres. Après, à l'intérieur de la sous-région, on déterminait quelles compressions seraient effectuées. On pourrait le faire si c'était de l'attribution de nouvel argent, mais on est dans une période de compression. La même mécanique pourrait se faire pour allouer des budgets. On avait déterminé, par exemple, que le programme personnes âgées était plus riche de tant comparativement au programme de santé mentale. Le poids du programme représente 50% du budget total, ce programme est au dessus de la moyenne provinciale de 2%. Donc, on calculait la partie de la contribution de ce programme à la compression de la sous-région. On faisait un calcul et on disait votre contribution est de tant, pour faire en sorte que la santé mentale qui était très, très pauvre n'est pas à contribuer; que son montant de contribution à la compression globale ne fasse pas en sorte qu'on puisse ne plus donner de services dans ce programme. Après avoir fait ce calcul, on attribuait le montant de la compression à chacun des établissements. Cette année, on sait arrêté au niveau des sous-régions. On a comparé encore une fois la richesse relative par programmes dans chacune des sous-régions. On a déterminé le montant des compressions qui devait provenir des sous-régions. On l'a signalé aux TSR et on a dit: Maintenant, vous nous faites des propositions quant à la manière de contribuer à la compression. C'est la façon de la Montérégie; ce n'est pas directif; ce n'est pas dans une optique de contrôler les établissements. Les établissements participent à la gestion du système. Pour une sous-région, ils sont responsables des services d'une population. Donc, ils prennent la responsabilité de déterminer avec l'argent qu'ils ont comment ils vont organiser les services et prendre les ententes qu'il faut (un gestionnaire de la RRSSSM).»

•«C'est bien clair. La RRSSSM est en train de revoir les autres directions. Au lieu d'être par clientèles, problématiques et tout cela, elle va être par sous-régions. Éventuellement, tous les budgets vont être décentralisés (un représentant de la santé publique).»

•«La TSR est une structure de consultation nouvelle, manquant beaucoup d'apprentissage. Selon la connaissance mutuelle des intervenants du milieu, la concertation et la dynamique de la TSR est plus ou moins cohérente. À Longueuil, les gens ne sont pas habitués d'être ensembles. Ils sont nombreux, c'est plus difficile, plus lourd. Longueuil, c'est un peu comme Montréal, c'est plus difficile de regrouper les gens, parce que c'est plus impersonnel (un gestionnaire de la RRSSSM).»

•«Les programmes viennent aux tables, mais ils viennent plus sur un mode où on regarde un scénario... Le continuum n'est pas encore établi. La structure des sous-régions comme modèle multiproblématique, ce n'est pas quelque chose qui est encore dans les moeurs. On est vraiment au balbutiement. Il y a beaucoup de résistance des membres des tables et des organisations sous-régionales. Alors, on essaie de trouver des façons de rendre ces tables plus fonctionnelles, plus utiles aux sous-régions autant qu'elles le sont à la RRSSSM. Les programmes clientèles ne sont pas mis en commun. Quand ils le seront, on pourra voir l'arrimage, à la condition que les comités par secteurs clientèles soient formés. Là, on a fonctionné en envers. L'arrimage entre les différents champs, c'est un objectif du plan d'actions des conseillers sous-régionaux. Dans certaines sous-régions, c'est déjà bien amorcé. Il y en a qui existaient, de toute façon, bien avant (un gestionnaire de la RRSSSM).»

•«C'est moi comme conseiller qui alimente le président de la TSR, qui l'aide à rassembler des documents. Avec le président, on regarde l'ordre du jour et nous apportons l'ordre du jour à la table. Alors, moi, je suis toujours là comme support. Ce n'est pas moi qui anime. Les conseillers sous-régionaux sont des facilitateurs pour une sous-région: orienter, supporter, aider... Ce n'est pas toujours la RRSSSM qui amène les sujets aux TSR. Mais souvent, c'est la RRSSSM qui doit les amener, compte tenu que l'allocation des fonds est imputable au conseil d'administration de la RRSSSM (un conseiller sous-régional de la RRSSSM).»

•«On espère que les tables deviennent vraiment des structures qui vont avoir beaucoup plus de pouvoir, qui vont être près des besoins du milieu. Cependant, ils ne sont pas prêts. Tout le monde fait seulement justifier ses programmes et sa corporation. C'est pas mal corporatif aux tables (un coordonnateur d'une ressource communautaire).»

2. Coordination latérale

2.1. Formes et fréquence des échanges

a) Relations entre les acteurs sous-régionaux et entre ceux-ci et l'instance régionale:

•«On est beaucoup devenu des organismes de services ces dernières années. On est débordé par les clientèles. On est à la remorque un peu des clientèles qu'on a. On a pas beaucoup de temps pour être en avant, pour penser (un coordonnateur d'une ressource communautaire).»

•«Il y a beaucoup de tension venant des directions. Les directions sont tellement impliquées un peu partout, qu'elles s'éloignent de leurs services, de leurs programmes. On a moins le temps de voir au développement de nos services et de définir ce que veut la communauté. On s'est éloigné, à cause des structures participatives, parce qu'il y a un manque de temps. C'est pour cela que je suis débarquée également des structures de concertation. J'ai gardé qu'une table, la TROCM. Les gens qui vont siéger à différentes tables, regarder des programmes, ils vont changer des phrases, contester des choses. On n'a cependant pas le temps de travailler sur des alternatives. J'ai travaillé au développement de nouvelles approches, de nouvelles façons de gérer, garder une façon communautaire de gérer [pour remplacer l'approche par programmes]. On s'est écarté un peu avec les structures de concertation. On a été trop pris à répondre aux besoins de la RRSSSM (un coordonnateur d'un organisme communautaire).»

•«Depuis l'abolition de la Direction de la santé mentale à Québec, je n'ai pas eu à rentrer en contact avec personne. J'en entends cependant parler, puisque je suis sur le conseil d'administration du regroupement. C'est très difficile d'avoir une réponse en quelque part du ministère. C'est qui l'interlocuteur en santé mentale? On ne le sait pas trop, c'est pas clair. Parfois, le message que les gens du ministère nous disent: C'est adressez-vous à votre régie régionale (un responsable d'une ressource communautaire).»

•«Tu sais quand je suis allé contester à la RRSSSM, c'est quelqu'un du ministère qui me l'a conseillé. Je trouve que le ministère est beaucoup plus proche de la compréhension des organismes communautaires que la RRSSSM... Il y a comme un soucis du ministère à écouter les demandes du communautaire (un coordonnateur d'une ressource communautaire).»

•«Je suis beaucoup plus imputable à la communauté qu'à la RRSSSM. J'ai ma table décisionnelle qui me dit: Ton service à l'extérieur, c'est mieux que tu l'orientes de telle ou de telle façon. Ces gens prennent la peine de siéger et d'orienter les personnes qui viennent du milieu. Moi, la RRSSSM, je me sens pas imputable face à elle (un responsable d'une ressource communautaire).»

•«C'est difficile de gérer avec les organismes communautaires, parce que les organismes communautaires quand ils ne sont pas contents, leur façon de faire, c'est d'aller devant les journaux, d'aller au ministère. C'est d'arriver ici 50 au conseil d'administration, même si tu leur expliques... Eux autres, ils ont une cause et ils vont la défendre. Donc, il faut travailler cela avec eux, qu'ils comprennent l'importance de bien utiliser les sommes. Eux, ils ont l'impression d'être plus blanc que les établissements, mais cela n'est pas nécessairement vrai (un gestionnaire de la RRSSSM).»

•«Le rapport de participation, collaboration et concertation ne se vit pas nécessairement de la même façon avec les mêmes acteurs. La RRSSSM entretient de plus en plus des liens d'autorité avec les établissements et au niveau de son conseil d'administration, des rapports de plus en plus politiques (un gestionnaire de la RRSSSM).»

•«On a voulu élaborer un projet conjoint de services spécialisés aux adultes, incluant un service de suivi communautaire. Cela aurait permis d'économiser 70 000 \$ par année. Ces fonds auraient pu être donnés en services, plutôt qu'en salaire de deux ou de trois coordonnateurs ou de deux ou de trois secrétaires. Le communautaire a refusé. Il a préféré avoir ses propres services. Il y a donc eu un coût en structures de 70 000 \$ par année, 70 000 \$ qui auraient pu être donnés en services. Le communautaire a refusé, parce qu'on était de l'institutionnel, parce qu'on travaillait en milieu hospitalier et en CLSC. Cela te donne une idée de comment ça marche. Donc, c'est une histoire difficile (un gestionnaire d'un CLSC).»

•«Non, cela ne se fera jamais qu'un intervenant social du CH vienne travailler chez nous, pas dans un groupe d'entraide, parce qu'on ne veut pas de thérapeute... (un coordonnateur d'un groupe d'entraide).»

•«Le fait que j'ai pris des clientèles qu'aucun organisme ne voulait et que j'ai accepté de reprendre des clientèles difficiles une fois sorties de l'hôpital, c'est cela qui nous a amené à créer des liens. Le PROS ne génère pas ces liens, cela relève de la crédibilité des services. L'hôpital nous réfère beaucoup de clientèles. Ils sont contents de nos services, mais c'est qu'on est crédible. C'est à travers le travail concret sur le terrain que les rapports se créent, se prouvent, c'est pas le PROS qui doit faire cela... (un coordonnateur d'une ressource communautaire).»

•«Aujourd'hui, les gens arrivent plus à se parler et à se poser des questions que lors des premières années. Les premières années, la première année, il y avait des gens qui étaient carrément obsédés; ça s'insultait à la table. C'était effrayant. Cela arrive encore, mais c'est moins courant. Les gens, ils sont maintenant là depuis des années. La fatigue a fait baisser l'intensité chez beaucoup de personnes (un gestionnaire d'un CH).»

•«Tu sais, quand il n'y a pas beaucoup de fonds, les établissements sont d'accord que l'argent soit donné au communautaire. Eux, offrir un service avec 20 000 \$. Cela ne les intéresse pas. Là, tu vas l'avoir. Ils vont te supporter et tout cela. Quand tu arrives... Moi, j'avais un budget de 350 000 \$. Un montant aussi important est beaucoup plus difficile à aller chercher. C'est quand même 350 000 \$, c'est plus intéressant. Donc, quand il y a de petites grenailles, il n'y a pas de problème; cela passe. L'institutionnel va supporter le communautaire (un coordonnateur d'un organisme communautaire).»

b) Modèles de collaboration interorganisationnelle:

•«Les gens ont commencé à référer. Les places où on réfère le plus, c'est là où on a coupé le plus... On a un modèle qui est en train de s'implanter qui est très intéressant: c'est l'infirmière de liaison. Dans chaque territoire de MRC, une infirmière de liaison attirée au département s'occupe d'effectuer les liens avec les autres organismes. On s'est rendu compte que c'était impossible de créer des liens directs entre les psychiatres et les intervenants sur le terrain. Ce n'est pas payant pour les psychiatres et ils n'ont pas le temps. Les infirmières connaissent bien les CLSC, c'est deux ou trois intervenants par CLSC, les organismes communautaires... On a aussi des protocoles d'entente; les CH et les CLSC ont signé des protocoles. C'est du papier, comme la plupart des protocoles. Quand c'est fait avant que s'implante la pratique, c'est dans les tiroirs les protocoles d'entente (le coordonnateur du programme de santé mentale d'une région régionale).»

•«Dans le premier PROS, on maintenait la notion d'établissements et on tentait de trouver des corridors de services, entre les CLSC, les CH et tout cela. Dans le prochain PROS, on va éclater la notion d'établissements. Tout le monde va travailler comme à l'intérieur d'une grande équipe. On va développer ce qu'on appelle une fonction de coordination-liaison qui va améliorer la fluidité du système, la circulation de la clientèle pour aller chercher les services et la circulation de l'expertise à l'intérieur du système. Les CH, les CLSC, les centres de santé vont mettre en commun leur investissement en santé mentale (le coordonnateur du programme de santé mentale d'une région régionale).»

•«On développe de plus en plus des équipes fonctionnelles provenant d'établissements différents. Par exemple, dans une sous-région, cela peut vouloir dire de former une équipe d'intervention en milieu scolaire. Dans cette équipe, il va y avoir des personnes qui proviennent du CLSC, du centre hospitalier, du centre jeunesse, du centre des femmes... L'équipe fonctionnelle continue à relever administrativement d'organisations différentes. C'est une voie qui est assez prometteuse (le coordonnateur du programme de santé mentale d'une région régionale).»

•«L'hôpital était le maître d'oeuvre. Je m'aperçois que ce rôle a été mal compris. Le personnel de l'hôpital aurait dû être disponible, en raison de 10% de ses tâches, pour supporter les autres partenaires qui offrent des services en santé mentale. Le modèle prévu dans le PROS n'a donc pas vraiment été actualisé. On sait aperçu que la maîtrise d'oeuvre a plutôt été comprise comme la confirmation du mandat que c'est nous qui sommes les maîtres d'oeuvre en psychiatrie; c'est nous qui offrons le traitement spécialisé. On arrête de dire que se sont les organismes communautaires, les CLSC, c'est nous... L'hôpital s'est comme assis sur sa victoire d'avoir acquis la maîtrise d'oeuvre et il a continué d'exercer en vase clos. Quand les gens allaient lui demander du support, il pouvait en donner. Si on fait cependant le total - parce que là, on est en train

d'évaluer le modèle - , cela n'arrive pas à 10%; c'est évident (le coordonnateur du programme de santé mentale d'une région régionale).»

c) Conflits interorganisationnels:

•«Par rapport à la coordination interorganisationnelle, les gens sont d'accord théoriquement. Ils disent toutefois que cela n'est pas praticable. Ils n'iront pas, par exemple, dire à un CLSC pour la problématique des personnes âgées, qu'il fait mal son travail ou qu'il fait la même affaire qu'eux ou qu'il fait quelque chose qu'il ne devrait pas faire... Ils ne sont pas rendus à être capable de se parler comme cela. Par contre, quand ils commencent à travailler ensemble, cela se développe; ils se font plus confiance; ils travaillent sur un plan d'actions... (un gestionnaire de la RRSSM)»

•«Le bon côté du *PROS.SMM*, c'est de nous avoir assis les uns à côté des autres. On a appris à nous connaître, à savoir ce que l'on fait. Néanmoins, cela ne nous a pas forcément amené à développer des actions concertées (un intervenant d'un CH).»

•«Le communautaire n'est pas facile. Ce n'est pas lié aux individus Je pense que c'est plus relié au fait qu'on est dans des boîtes différentes. C'est plus facile de parler aux gens que tu côtoies, que tu croises dans les corridors ou sur les seuils des portes que de diriger une clientèle pour un suivi vers des individus que tu ne connais pas et qui sont dans d'autres boîtes. Cela engendre aussi des frustrations pour le personnel. Cela fait en sorte qu'il y a très peu de références (un gestionnaire de CH).»

•«Les relations entre les organismes et les établissements ne sont pas évidentes. On a appris un peu plus à se connaître, à voir ce que l'autre fait, mais on n'a pas plus accès à la collaboration directe avec l'institution (un coordonnateur d'un organisme communautaire).»

•«Les CLSC, on est pris pour vivre avec; cela n'a pas sa place en nulle part (un psychiatre d'un CH).»

•«Je ne veux pas critiquer. Je ne connais pas assez l'organisation des CLSC. Il y a des gens que je connais qui y travaillent, qui font du très bon travail, qui m'appellent parfois. Je ne connais pas leur organisation, mais il y a quelque chose qui ne marche pas. Moi, je suis allé, deux fois, me faire vacciner dans un CLSC à la clinique des voyageurs. Lundi matin à 10 heures, il y a de la place pour asseoir 30 à 40 personnes et j'étais tout seul. Je quittais le CH où il y avait plein de monde. J'étais là seul; je vois des gens qui se promènent avec un café, une serviette; ça rentre; ça sort; je ne vois pas personne. Je ressors, il me dit d'attendre 20 minutes. Je suis resté seul encore. Je suis parti. L'année d'après, j'y suis retourné, parce que j'ai fait un autre voyage. Il y avait une personne, quand je suis parti, deux autres... Quand tu quittes le CH, la clinique externe, c'est plein de monde; ça fourmille. Tu arrives là, qu'est-ce qu'il y a? Y a-t-il des services médicaux, des services sociaux? Qu'est-ce qui fait que le lundi matin, le lundi matin, il y a personne dans la salle d'attente? Je ne comprends pas. J'ai demandé à une travailleuse sociale du temps. Elle m'a dit: vous savez le travail des CLSC se fait beaucoup dans les familles, dans les domiciles... Je n'ai pas compris. Cela ne m'a pas donné une bonne impression des CLSC (un psychiatre d'un CH).»

•«Les relations sont plus créées d'individus à individus. Parce que le communautaire avec l'institutionnel, ce n'est pas encore pour demain le bouquet de roses sur la table! (un coordonnateur d'une ressource communautaire)»

•«Une chose, et c'est sans prétention, je pense que le communautaire a trouvé mon départ très difficile. Souvent, les rapports entre l'institutionnel et le communautaire reposent sur une personne. Ce n'est pas encore une philosophie qui est enracinée chez les gens. Cela repose sur la volonté de quelques personnes. Moi, je prônais le communautaire dans mon institution. Malheureusement, je pense qu'on est encore aussi fragile que cela en matière de coordination et de réorganisation (un représentant du 1^{er} tiers à un CTSR).»

2.2. Flexibilité de l'allocation des ressources

*Facilité avec laquelle les organisations peuvent coopter des ressources d'autres organisations selon leurs besoins et capacité du niveau régional à réallouer les ressources en fonction des changements dans les priorités d'intervention:

•«Présentement, on ne parle plus du client. On parle d'argent, de coupure, de réallocation. On parle de toutes sortes d'affaires, mais pas du client, de la personne. Là, on est passé à côté. Le discours est évacué. C'est la machine, elle-même, qui fonctionne. C'est la logique des 32 petites cases [l'approche par programmes du PROS.SM] qui fonctionne, point à la ligne. C'est ma perception. L'instrument est devenu la règle. En plus, comme je le disais, 40 millions, ce n'est pas 140 millions... D'un instrument qui devait être souple, on a fait le contraire. L'instrument devient la façon de faire (un coordonnateur d'une ressource communautaire).»

•«On a transféré 15 postes des CH aux CLSC. Cela a pris deux ans pour finaliser ce transfert. C'est donc compliqué pour les transfères d'effectifs. Les gens ne veulent pas; il doit y avoir une volonté politique. Les CLSC en voulaient beaucoup; les CH ne voulaient pas en donner. C'est toujours comme cela. À la fin, après deux ans, les intervenants avaient hâtes d'arrivée dans les CLSC. Au début, ils ne voulaient pas sortir. Cela aussi a évolué. Donc, la capacité, on l'a, mais il faut de la volonté et on est encadré par un système. J'espère qu'on va avoir des budgets par territoires où les gens pourront à ce moment là, prendre des décisions par territoires (le coordonnateur du programme de santé mentale d'une régie régionale).»

•«On a beaucoup tendance à dire, on réalloue des ressources pour mieux répondre aux besoins. Évidemment, le fait qu'on ne peut pas ici réallouer beaucoup à partir des hôpitaux, cela élimine un peu ce problème. Réallouer dans le même type de services, c'est plus facile, par exemple un hôpital qui développe des services dans la communauté. C'est lui qui fait la promotion des services à la communauté; c'est lui qui demeure le gestionnaire. Il n'y a pas de problème syndical; s'il y en a, c'est réglé à l'interne. Réallouer d'une sous-région à une autre, c'est déjà un peu plus problématique à cause des conventions collectives. Là, on est en train d'examiner ce processus. On veut justement répartir des lits qui sont concentrés dans un hôpital d'une sous-région. Réallouer d'un hôpital vers un organisme communautaire ou vers un CLSC, cela n'est pas évident. Cela serait peut-être faisable, mais jusqu'à quel point on peut vraiment transférer le personnel. Si on ne transfère pas le personnel et qu'il faut continuer à les payer, ce n'est pas très intéressant. Alors, on développe plutôt de plus en plus des équipes fonctionnelles provenant d'établissements différents... Les gens sont embauchés par un établissement et non par un réseau. C'est toute la dynamique des fermetures de postes; les gens ont des conventions collectives; les gens ont une sécurité à vie. Si le personnel souhaite transférer, il n'y a pas de problème. C'est quand on oblige le personnel... Actuellement, se sont des budgets qu'on transfère. Les hôpitaux devraient fermer des postes. Mais que l'on ferme des postes, cela ne veut pas dire qu'on récupère les fonds. Les hôpitaux sont obligés de continuer à payer le personnel, même si les postes ont été fermés (le coordonnateur du programme de santé mentale d'une régie régionale).»

2.3. Ambiguïté des rôles

•«Je pense qu'il y a actuellement un bon vent dans ce sens. Les gens commencent de plus en plus à penser en réseau. On se rend compte que les solutions ne sont plus à une place, que l'amélioration de la santé dépend d'un ensemble d'acteurs. Cette tendance est de plus en plus présente (le coordonnateur du programme de santé mentale d'une régie régionale).»

•«Avant 1995, il y en avait très peu... Bon, il y avait une forme de volonté théorique, mais il n'y a pas eu d'actes. Là, on voit que cela commence à changer. Cependant, ce qu'on a comme difficulté, c'est de changer les façons de faire. Par exemple, l'hôpital est bien prêt à dire que les patients devraient être dans la communauté, mais il n'est pas prêt à dire que cela ne soit pas lui qui donne les services dans la communauté. Il affirme avoir l'expertise; il veut aller dans la communauté. Alors, le budget n'est finalement pas transféré. En même temps, ils ont des conventions collectives. C'est difficile (le coordonnateur du programme de santé mentale d'une régie régionale).»

•«Le comité de santé mentale de la sous-région, c'est comme un couloir de services pour la personne. Dans le comité, il y a la psychiatrie, des groupes d'entraide, des CLSC, des groupes d'hébergement... Donc, nous nous sommes aperçus que cette table était très importante... Par exemple, quand il y a eu des fonds de 105 000 \$, je me suis dit: Je vais peut-être les avoir. Une personne de la table a cependant parlé de ses problèmes. Je me suis dit: Elle a vraiment besoin d'argent... Une des filles du CLSC a aussi mentionné qu'un des plus gros problèmes était le fait qu'il n'y avait pas de groupes d'entraide pour les enfants ayant des problèmes de santé mentale. Là, cela a été comme salut aux 105 000 \$. C'était vrai ce qu'elle disait. Donc, c'est cela qui est notre force, de pouvoir partager. C'est le «fun», parce que tout le monde est concerné par la personne et non par les fonds. Quand j'ai dit salut aux 105 000 \$, j'étais d'accord, parce que c'est vrai qu'on a ce besoin. Les CLSC ont écrit le projet, parce qu'ils avaient plus de possibilité que nous. Ils ont respecté le fait que pour nous cela était plus difficile. Moi, je suis en état de survie. Ce sont des alliances le «fun» (un coordonnateur d'une ressource d'entraide de la Montérégie).»

2.4. Motivation, satisfaction et surcharge de travail

•«Je travaille 4 jours par semaines. Je fais 32 heures. Je suis ici le mercredi. C'est la journée où je suis avec les membres. J'écris des projets et tout cela. J'ai de la difficulté à être ici une journée par semaine. Quand je suis dans la structure, ils doivent se dire: Qu'est-ce qu'elle fait? On a un paquet de projets, par exemple à la TROC. Ici, on veut mettre sur pied un guide d'interventions; se serait comme une jurisprudence. Ils vont avoir besoin d'un intervenant avec eux pour les guider. Je suis cependant tout le temps en réunion. Aussi, le fait d'être toujours en réunion, de ne pas être avec mon groupe, je déconnecte un peu. Là, on a décidé de prendre 1 an pour étudier; on retourne dans l'étude du PROS. Est-ce vraiment nécessaire? Oui, quand tu regardes la structure, j'en vois l'importance pour défendre les membres, pour défendre leur implication, défendre les groupes d'entraide, sinon on va se faire balayer au niveau financier. Quand tu regardes cela cependant, tu te dis: C'est essouffant. Je ne fais pas du 32 heures, je me suis mis à 32 heures, parce qu'avant j'étais à 40 heures et cela me sortait par les oreilles. Les coordonnateurs en moyenne ne tiennent pas plus d'un an. C'est la moyenne. Je suis considéré comme un vieux et cela fait 3 ans que je suis là (un coordonnateur d'un groupe d'entraide).»

•«Cela serait intéressant que vous mesuriez le nombre de tonnes de papiers que la régie fait. On est inondé de papiers. Moi, si j'avais gardé tous les documents que j'ai de la régie depuis cinq ou six ans, mon bureau serait plein. C'est un gaspillage. C'est technocratique, cela n'a pas d'allure...Avant, quand il y avait un conseiller, il rencontrait tout le monde. À partir du moment où il y a autant de rencontres, tu n'as plus de temps. Mois, je n'avais même plus le temps de donner de l'information aux gens de mon secteur, tellement j'avais de papiers, de documents qu'ils mettent à la disposition des intervenants, mais que personne n'a envi de lire, parce qu'ils trouvent cela «plate» et ils ne comprennent pas (un intervenant d'un CLSC).»

3. Effets

3.1. Ajustement des services aux besoins

•«Il y a eu un saut qualitatif dans la reconnaissance du communautaire et de leur crédibilité, une meilleure reconnaissance aussi des structures régionales de concertation que s'étaient données les groupes. Au niveau provincial, le RRASMQ gagne une hausse de crédibilité et de légitimité; ce sont des brèches non négligeables dans la culture centralisatrice et le modèle hospitalo-médico-psychiatrique, ces derniers ne faisant plus l'unanimité même au sein du réseau. Il y a eu une avancée d'une conception plus dynamique de la communauté, un début de changement de mentalité, etc. (...) Les ressources alternatives souhaitent: la reconnaissance de la légitimité de leur travail (tant de l'approche polyvalente que de l'expertise et des résultats obtenus); la nécessité de conserver leur identité propre par rapport à la complémentarité/sous-traitance, la récupération/l'assimilation; dans un contexte de régionalisation, une meilleure reconnaissance des tables régionales; et une consolidation financière. Nous espérons qu'on opérant un virage vers la communauté, la réallocation suivrait. (RRASMQ, *Le Choc des cultures*, 1991, p. 41 et pp. 44-45.)»

•«Des membres du deuxième tiers considèrent que les ressources communautaires sont maintenant reconnues, mais il n'y a pas encore de reconnaissance du côté alternatif des pratiques actuelles de ces ressources.»¹

•«Le champ de la thérapie demeure, en ce sens, non seulement le domaine exclusif du réseau et de la profession psychiatrique, mais encore cette profession a-t-elle agrandi son pouvoir en s'appropriant de larges secteurs de la réadaptation qu'on nomme désormais «réadaptation psychiatrique» pour la discerner de la «réadaptation sociale» (celle-là on la laisse volontiers aux amateurs du communautaire). Si le modèle biopsychosocial sort gagnant de cet exercice de planification, il demeure largement l'apanage des professionnels. On redit donc à la population que la seule réponse «scientifique» (parce que contrôlée par les professionnels) à la souffrance émotionnelle c'est celle que propose le réseau. En dehors, pas de thérapie possible!» (...) «Certes, les ressources alternatives se retrouvent principalement casées dans la réadaptation/réinsertion, mais il y a eu des gains dans le domaine de l'intervention thérapeutique, de la crise, de l'hébergement, des services de base, de la promotion/prévention et de l'information (RRASMQ, *Le Choc des cultures*, 1991, p. 41 et pp. 44-45).»

•«La réadaptation/réinsertion, c'est néanmoins l'après. Le PROS.SM, c'est un recul en ce sens. Nous devenons complémentaire et le complément, ce n'est jamais le sujet ou le verbe, jamais l'acteur principal (un représentant du communautaire de la Montérégie).»

•«On tenait beaucoup à garder le mot alternatif... Maintenant, on est rendu qu'on ne parle que des ressources communautaires. L'ailleurs et l'autrement est graduellement en train de disparaître et c'est un très grand danger... En gros, on cantonne les ressources alternatives à la place qu'elles ont déjà. On est favorable au maintien, mais on ne parle jamais d'elles pour d'autres secteurs où elles ne sont pas actuellement existantes (un responsable d'un organisme communautaire de la Montérégie).»

•«Depuis l'implantation du *PROS.SMM*, je serais prêt à affirmer que les CLSC jouent un rôle un peu plus important par rapport à la santé mentale (un gestionnaire d'un CLSC).»

•«C'est le communautaire qui a bénéficié de la plupart des budgets. Quand ils ont fait le plan, il n'y avait pas de ressources à allouer en réalité; l'argent à allouer, il n'y en avait pas. On a eu les quatre mesures qui étaient déjà dirigées. L'argent de plus à allouer, il y en avait presque pas. La plupart des programmes était déficitaire. On aurait pu réallouer l'argent de programmes excédentaires, mais il y en avait pas. Donc, comme les CLSC avaient aucune ressource financière et qu'il n'y avait pas d'argent à réallouer, on ne pouvait pas leur donner des budgets (un gestionnaire de la RRSSM).»

•«Au moment de l'élaboration du PROS, les CLSC ont senti le besoin d'avoir une position plus commune par rapport au PROS, comme les organismes communautaires. Donc, il y a eu deux processus parallèles. La force des hôpitaux était là, la force du communautaire... La RRSSM était pro-communautaire et anti-établissement. Quand les groupes communautaires parlaient, l'écoute était là; ils obtenaient ce qu'ils voulaient. Les CLSC ont sentis le besoin de dire: Écoutez cela n'a pas d'allure; on se sent évacué de l'affaire et nous, on veut au moins travailler ensemble (un représentant d'un CLSC à un CTSR).»

•«Notamment, en intervention de 1^{er} ligne et de crise, les programmes sont tellement sous-financés et les besoins si impérieux qu'il faudrait repenser la programmation, surtout en ce qui a trait aux services pour les clientèles à risques suicidaires. Pour les services spécialisés des 0-18 ans, il est recommandé de créer des services d'hébergement temporaire et d'autres services de répit aux familles. Pour les 18-64 ans, il faudrait mettre en place de façon prioritaire des services appropriés aux clientèles les plus lourdes. Pour les 65 ans et plus, il faudrait augmenter l'expertise relative à l'évaluation des services à domicile, déjà expérimentée dans une sous-région, évaluer son impact et implanter des projets d'équipes multidisciplinaires dans les autres sous-régions. Enfin, pour certains groupes, il est à souhaiter d'actualiser le *PROS.SMM* en planifiant des services en santé mentale pour la population carcérale et de langue anglaise, pour les femmes et les problèmes multiples.»²

•«Les services essentiels sont quasiment inexistantes en Montérégie: appartements supervisés, programmes structurés de réadaptation en externe, ateliers de travail, foyers de groupe pour les clientèles de long terme avec problèmes de comportement, places de dépannage, lits de soins actifs de longue durée, milieux de jour avec programmes de réadaptation (...) Considérant le déficit important de certains niveaux d'intervention et

¹RRSSM, Procès-verbal de deux réunions extraordinaires du comité tripartite en santé mentale tenues le 19 octobre et le 2 novembre 1994.

²RRSSM, *D'ici l'an 2002, diminuer les problèmes de santé mentale. Objectif 16.*

les montants alloués à la Montérégie pour réduire ce déficit, l'application du principe d'équité par niveaux, programmes et sous-régions n'a quasiment pas permis de réduire le déséquilibre entre les niveaux d'intervention. L'ajout de 6 000 000 \$ depuis 1989 n'a pas permis de modifier la situation décrite dans le *PROS.SMM*. L'ajout de ce montant permet difficilement de maintenir le per capita en santé mentale (sur la base d'un dollar constant), parce que la population de la Montérégie est en forte croissance.»¹

•«Les fonds de développement ne sont pas arrivés comme prévus. Donc, nous n'avons pu rendre l'offre de services équitable. L'équité n'a pas beaucoup été rattrapée avec les nouveaux budgets. Avec les compressions budgétaires, c'est une nouvelle façon d'arriver à l'équilibre pour l'ensemble des programmes de santé et des services sociaux y compris la santé mentale (un gestionnaire de la RRSSSM).»

•«Vous avez intérêt si vous voulez vous faire soyer d'avoir un trouble sévère en santé mentale. Pour un problème transitoire, on ne vous aidera probablement pas. Les centres de crises sont venus un peu aider la situation, mais il n'y en a pas partout. À Granby, il n'y en a notamment pas. Les CLSC offrent aussi des services, mais qu'un suivi au maximum de sept ou huit rendez-vous (un intervenant d'un CLSC).»

•«En pédopsychiatrie, à 80% des cas, il n'y a pas de diagnostic pur de psychiatrie. Il y a de gros problèmes alors de deuxième ligne... (un intervenant d'un CLSC).»

3.2. Qualité des services

•«Le PROS.SM force les différents organismes à se définir et à focaliser leurs objectifs. Cela a des impacts automatiques sur les pratiques; cela oriente les pratiques et les focalise. Cette situation ne définit cependant pas les pratiques. Je ne pense pas que le *PROS.SMM* ait eu des impacts sur la définition des pratiques (un représentant du 1^{er} tiers à une TSR).»

•«Le PROS.SM, c'est un déblayage, l'amorce... La coordination va amener à changer les pratiques, à structurer peut-être davantage certaines interventions et à assouplir, à élargir la vision de certaines interventions effectuées en milieu institutionnel (un coordonnateur d'un organisme communautaire).»

•«Le PROS.SM contribue à démystifier la maladie mentale, à avoir une approche plus clientèle. Les gens se parlent davantage. Toutefois, dans la pratique comme telle des intervenants, des cliniciens vis-à-vis la clientèle, je ne peux pas vraiment identifier de changements liés au PROS (un intervenant d'un CLSC).»

•«Depuis le PROS, la conception de la santé mentale a changé considérablement dans les établissements. Il y a eu un cheminement de fait, par rapport à ce que c'était auparavant. Quand tu parles à un psychiatre, à certains omnipraticiens... Donc, on peut dire que cela a fait son chemin. Il y a eu des changements majeurs. On comprend plus que le patient n'a pas nécessairement besoins de ressources aussi élaborées que celles qu'on utilisait auparavant, qu'il y a aussi des façons différentes d'approcher les problèmes de santé mentale, des alternatives par exemple à la médication. Ici, je pense que le PROS à changer un peu la pratique des intervenants. Je ne dirais pas qu'on a atteint nos objectifs en cette matière; ces mentalités sont tellement profondes, ce qui est à changer est tellement enraciné de longue date. Je pense que le changement qui est en train de s'effectuer, c'est déjà très significatif (un médecin d'un CH).»

•«Quand tu es en survie, comme le sont les groupes communautaires, penses-tu vraiment à l'intérêt de la clientèle? Les gens du communautaire vont, au départ, se chercher une paye et un budget pour payer leur hypothèque. Après, on voit au bénéficiaire (un intervenant d'un CH).»

•«Ils sont tellement polarisés par la recherche d'argent pour faire survivre leurs organismes qu'ils manquent de temps. Les organismes communautaires ne peuvent pas toujours mettre le temps nécessaire pour bien analyser les situations et les problématiques, les évolutions et les approches (un représentant de l'intersectoriel).»

•«On ne peut pas vraiment penser à rendre les organismes communautaires plus partenaires au niveau financier, parce que déjà les établissements publics sont sous-financés. Il y a même des établissements

¹RRSSSM, Document dans le cadre du bilan de l'implantation de la Politique de santé mentale, non daté (mais au environ de 1994).

publics qui donnent des services de santé mentale et qui n'ont jamais reçu un sous pour les développer. Il y a personne qui est riche, personne qui en a trop... Parfois, j'allais même chercher des organismes communautaires pour les consulter sur des projets et ils me disaient: Non, nous, on embarque pas là-dedans; c'est trop dangereux; vous allez nous «pogner»... Écoutez, vous voulez être des partenaires; on vous consulte... Après, vous allez dire qu'on ne vous a pas consultés... Ils sont toujours en train de se battre et de se défendre. Ils sont très centrés sur eux mêmes. Ma crainte, c'est qu'ils peuvent souvent passer à côté des besoins de la clientèle (un gestionnaire de la RRSSM).»

•«On ne s'est même pas demandé ce que l'on voulait en Montérégie. Est-ce la santé mentale ou la psychiatrie que l'on veut? On parle de modèle médical. On ne sait pas interrogé sur le modèle (un intervenant d'une ressource communautaire).»

•«Tu as la vision traditionnelle, habituelle des situations. Donc, tu vas appliquer ce qu'il y a déjà. Ce qu'on a fait, on a pris les services qui déjà existaient dans la région. On leur a remis un petit numéro. On n'a pas essayé de voir de quelle façon on pourrait travailler de façon plus innovatrice pour avoir des services qui seraient plus proches du client. Le PROS.SM, je le remets en question. C'est un beau concept. Mais dans les faits, cela n'a rien fait avancé. Cela n'a rien changé, parce qu'on n'a pas été capable de revoir (un coordonnateur d'une ressource communautaire).»

•«On est encore sur la forme; on n'est pas encore sur le fond (un représentant du 1^{er} tiers).»

ANNEXE IV
Arrimage des variables opérationnelles des modèles

Arrimage des variables opérationnelles des modèles (généraux et des articles) ayant permis la catégorisation du verbatim

*Rappelons que les articles ont été élaborés à partir de textes synthèses des données primaires (entrevues et archives...) et secondaires contextuelles (réformes, système de la santé mentale, dynamique de la santé mentale... - grosso modo le chapitre 2 de la thèse -). Nous présentons, dans cet annexe, les variables opérationnelles du modèle général de la thèse et de l'évaluation du PROS.SM et nous les associons aux variables opérationnelles des articles de la thèse. Les numéros entre parenthèses des variables des modèles des articles (point B) correspondent aux variables du modèle général d'analyse de la thèse et du modèle du PROS.SM (point A). Il n'y a pas toujours un arrimage exacte entre les différentes variables opérationnelles des modèles présentés en introduction (modèle général de la thèse et du PROS.SM) et des articles. Cet exercice n'a pour but que d'améliorer la compréhension des liens entre les différentes variables opérationnelles de la recherche.

A) Cadres généraux d'analyse de la thèse: (Introduction: Figures 1 & 3)

1. Cadre conceptuel de l'impact de la planification régionale et des PROS sur la structuration de la réforme en santé mentale

Niveaux d'analyse	Dimensions d'analyse	Autres variables à analyser
1.contexte socio-économique	6.institutionnalisation	9.changement/réforme
2.État/société civile	7.cadre d'interaction	10.mise en oeuvre
3.champ de la santé	8.pouvoir/culture	11.support politique (appropriation: acteurs)
4.structure organisationnelle		12.planification (PROS.SM)
5.individu		

1. Modèle d'analyse des composantes de mise en oeuvre des PROS.SM¹

12.a. Outil PROS.SM	12.b. Coordination latérale	12.c. Effets
12.1.système de gestion et de financement par programmes et par objectifs/résultats	12.4.formes et fréquences des échanges	12.8.ajustement des services aux besoins
12.2.système d'évaluation	12.5.flexibilité de l'allocation des ressources	12.9.qualité des services
12.3.démocratisation et décentralisation	12.6.ambiguïté des rôles	
	12.7.motivation/satisfaction/surcharge de travail	

B) Modèles théoriques des articles de la thèse:

1. Modèle d'analyse du rôle des outils de gestion dans la production de changements (article 1)

Niveaux d'analyse	Dimensions d'analyse	Configuration (1996)/ Effets
environnement socio-économique (1)	cadre d'interaction (7)	ajustement des services aux besoins (12.8)
réseau de la santé mentale (3) (4)	institutionnalisation (6)	qualité des services (12.9)
outils de gestion (12)	pouvoir/culture (8)	rencontre des objectifs (12.1)
protagonistes (11) (12.3) (5)		rencontre de l'archétype 2 (réforme de la santé mentale) (1)

¹Si besoin, faire référence à la figure 3 du chapitre introductif et au texte de la section 1.2.2.1 (Modèle d'analyse des composantes de mise en oeuvre des PROS.SM).

2. Modèle d'analyse de la CIO en santé mentale en Montérégie (article 2)

Niveaux d'analyse	Dimensions d'analyse	Modes d'analyse
contexte socio-économique (et Montérégie) (1)	cadre d'interaction (7)	analyse de la coordination structurelle (CIO)
réseau de la santé mentale (3)	institutionnalisation (6)	analyse des déterminants (CIO)
MSSS/RRSSM/sous-régions (2)	pouvoir/culture (8)	analyse contextuelle et processuelle (CIO)
CLSC/CH/organismes communautaires/ intersectoriel (4)		analyse des dynamiques sous-régionales (CIO)

2.1. Modes d'analyse de la CIO

Coordination structurelle	Déterminants	Contexte régional et processus	Dynamiques sous-régionales
type de CIO (1)	exposition du problème (étape préalable à la CIO) (12) (3)	contexte régional - Montérégie - (1)	dispersion du pouvoir (12.8)
structuration du pouvoir (3)	orientation du réseau (phase d'initiation de la CIO) (3) (12) (4)	dynamique du réseau (12.b)	caractéristique socio-économique (1)
rôle des agents de liaison de la CIO (12.1)	structuration (formes et intensité de la CIO) (12.b) (3) (12.8)	formation de coalitions (12.4)	dynamique intraorganisationnelle/ territoriale (12.b)
			idéologies conciliables (3)
			institutionnalisation de la participation (12.3)

3. Modèle de l'intégration des réseaux régionaux de santé mentale (article 3)

Régions sociosanitaires	Contexte et déterminants	Caractéristiques du modèle	Types d'intégration	Effets: Qualité des services (12.9)
01	PSM et réformes nationales (1)	réseaux coordonnés et continus	intégration du corps médical au système (12.1) (12.3) (12.4)	
02	planifications régionales (PROS.SM) (12)	approche biopsychosociale	intégration administrative (12.1) (12.2)	
03	contexte économique (1)	réseaux décentralisés	intégration clinique (12.3) (12.4) (12.5) (12.6) (12.8):	
04	structuration du réseau (1) (4)		*niveau de décentralisation (12.3)	
05	dynamique régionale (1) (3)		*modèles de coordination (12.4)	
06	pratique et philosophie (3)		*intensité de l'intégration (12.4) (12.5) (12.6)	
07			*adéquation des rôles au modèle (12.8)	
08				
09				
11				
12				
13				
14				
15				
16				