

PROPOSITION D'UN MODÈLE D'ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE ET DES EFFETS DE LA PLANIFICATION DES PROGRAMMES RÉGIONAUX D'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC

Marie-Josée Fleury
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas
Verdun, Québec

Jean-Louis Denis
Université de Montréal
Montréal, Québec

Résumé: Pour réformer le système sociosanitaire, le gouvernement du Québec encourage une gestion par programmes intégrés de services à l'échelle des régions. Particulièrement, les plans régionaux d'organisation des services (PROS) ont constitué une stratégie d'articulation d'une telle approche. Les PROS peuvent se définir en tant qu'outils complexes et dynamiques de planification des services, visant à mieux répondre aux besoins diversifiés des populations régionales et à coordonner l'offre des services. Afin d'apprécier le potentiel de cette intervention, cet article présente un modèle d'évaluation adapté au contexte de la réforme des services de santé mentale. Ce modèle d'évaluation s'appuie sur une recherche exhaustive qui a été réalisée sur la mise en œuvre et les effets des PROS et leur contribution à l'implantation de la Politique de santé mentale. Il s'agit de circonscrire les balises d'interprétation, les cadres d'analyse, et les variables pertinentes à considérer pour procéder à une telle évaluation. L'article débouche sur la promotion d'une approche participative, émergente, et préventive de l'évaluation des programmes régionalisés et intégrés des services de santé mentale.

Abstract: To effect changes in the health care system, the Quebec government advocates an integrated program management approach within each region. In particular, regional service organization plans (PROS) are a strategy for developing this approach. PROS are complex and dynamic tools for planning services that aim to meet the diverse needs of regional populations and to coordinate delivery of services. To assess the potential of this intervention, this article presents an evaluation model adapted to the context of reform in the mental health sector. The evalua-

tion model is based on exhaustive research on the implementation and impact of PROS and their contribution to implementation of the Mental Health Policy. This article provides guidelines for interpretation, the analytical framework, and relevant variables for evaluation. It also promotes a participative, emerging, and preventive approach to evaluation of integrated regional programs for mental health services.

Depuis quelques décennies, le champ de l'évaluation des interventions publiques a considérablement augmenté le nombre de ses adeptes. Le contexte socio-économique actuel de décroissance financière rend d'autant plus critique l'importance de recourir à une telle procédure puisque de nombreux avantages y sont reliés. L'évaluation permet l'amélioration de l'efficacité du système et des services, de l'adéquation des missions organisationnelles aux besoins du réseau, et de la capitalisation du savoir; elle vise à allouer les ressources selon les activités les plus efficaces et pertinentes pour la santé de la population, à légitimer le système établi ou le renouvellement de sa configuration, et ainsi de suite (Degeorges, Monnier, & Spenehauer, 1990). L'accent mis sur l'évaluation rend actuellement compte de larges zones d'incertitude dans les relations entre les problèmes de santé et les interventions les plus efficaces susceptibles de les résoudre, du développement très rapide des nouvelles technologies médicales et des attentes de plus en plus grandes de la population (Contandriopoulos, 1993). C'est dans ce contexte que l'évaluation devient, avec la *Loi 120*, une composante centrale de la gestion du système sociosanitaire. Sur le plan de la gestion régionale, la planification par programmes¹ et l'approche par objectifs/résultats renforcent également l'importance de ce processus.

Plusieurs formes d'évaluation sont recensées; Patton (dans Contandriopoulos, 1993) en décrit plus de 132 types, par exemple l'analyse de la productivité, des effets, du rendement, de l'implantation, du processus, et ainsi de suite. L'objet de l'évaluation peut aussi sensiblement différer d'une seule composante à un ensemble de variables interreliées dans un système complexe. L'objet d'étude de l'évaluation, les objectifs qu'elle poursuit, et les fondements ontologiques et épistémologiques que soutiennent ses praticiens définissent le processus d'évaluation, ce qui témoigne de l'aspect complexe et dynamique d'un tel dispositif. D'après Bégin, Joubert, et Turgeon (1999), l'évaluation sur le plan de l'administration publique des systèmes de santé aurait surtout été influencée par le courant positiviste. Elle s'est ainsi le plus souvent confinée à des évaluations techniques de conformité et de surveillance, ne rendant que peu

compte de la complexité du contexte d'implantation d'une intervention (diversité des intérêts des partenaires, savoir-faire multidimensionnels, etc.). Le contexte actuel de transformation du système sociosanitaire rend aussi plus fluide l'objet de l'évaluation (Mercier, 1990).

L'évaluation de la mise en œuvre et des effets d'une procédure de planification régionale telle que les plans régionaux d'organisation des services de santé mentale (PROS) apparaît ici comme un exemple pertinent de la complexité d'un tel dispositif. Les PROS s'apparentent à des instruments de gestion complexes qui se sont transformés au gré de l'apprentissage des techniques de planification et en parallèle à l'évolution du contexte socio-économique. Ils poursuivent des objectifs technocratiques, démocratiques, et de structuration du système² et intègrent l'ensemble des distributeurs de services d'un programme pour une région sociosanitaire, lesquels doivent desservir une clientèle en fonction d'une gamme continue de services diversifiés et complémentaires. La réalisation d'une telle recherche amène aussi à réfléchir sur le processus d'évaluation de programmes, mettant en exergue la potentialité d'une approche participative, émergente, et préventive en ce domaine.

Cet article a donc principalement pour but d'illustrer une démarche d'évaluation de programmes qui aspire à tenir compte de la complexité d'une intervention et de son caractère dynamique. Le modèle d'évaluation proposé et les réflexions tirées pour améliorer un tel dispositif sont appuyés par une recherche qui s'est intéressée à l'implantation et à l'impact de la planification régionale et des PROS sur la structuration de la réforme des services de santé mentale au Québec (Fleury, 1998). Avant de présenter le modèle d'évaluation, les PROS seront d'abord définis et les objectifs et les méthodes de cette dernière recherche brièvement discutés puisqu'elle encadre le présent article. L'analyse de la mise en œuvre de l'intervention PROS et de sa validité comme outil de gestion à réformer ce système sociosanitaire s'est d'abord réalisée dans le cadre d'une évaluation du processus. Le concept de mise en œuvre est défini comme "un usage approprié et suffisamment intensif d'une intervention" (Scheirer & Rezmovic, 1983 dans Champagne & 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 l'implantation du PROS s'est aussi réalisée grâce 1) à une évaluation de l'effort et de la surveillance de programmes qui vient comparer les caractéristiques de l'intervention

planifiée à celles de l'intervention véritablement déployée et cherche à en expliquer les écarts; 2) à une 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 d'une intervention; et 3) à une évaluation de la spécification du traitement qui aide à comprendre comment des variations dans le degré de développement d'une intervention pourraient influencer les résultats obtenus (Champagne & Denis, 1992).

LE PROJET D'ÉVALUATION DES PROS EN SANTÉ MENTALE

Contexte et définition de l'intervention

À la fin des années 1980, le contexte socio-économique remet en question l'organisation des services sociosanitaires. Dans cette mouvance, les PROS deviennent la principale stratégie d'implantation de la Politique de santé mentale (MSSS, 1989). Les PROS sont définis par le ministère (Ministère des Affaires sociales, 1987, p. 5) comme des processus de planification par programmes «au carrefour ou à la jonction des orientations et priorités ministérielles et des besoins des communautés d'une part, et des ressources publiques disponibles et des efforts communautaires, d'autre part». Ils proposent d'introduire une gamme de services plus conforme aux besoins de la clientèle aux prises avec des troubles de santé mentale (de la prévention/promotion à la réadaptation/réintégration sociales), suivant une conception biopsychosociale de la notion de santé mentale. Ils tendent par ailleurs à réformer l'organisation 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 (MSSS, 1989). La planification par programmes s'effectue aussi en tenant compte des particularités socio-économiques respectives des territoires sociosanitaires et des modalités de gestion choisies par les acteurs régionaux. Ces variations dans les modalités de gestion prises pour atteindre les orientations de la planification contribuent actuellement à configurer l'organisation de la distribution des services dans les régions sociosanitaires et entraînent des résultats divergents quant à la rencontre, par ces territoires, des objectifs poursuivis par la Politique de santé mentale.

Les PROS sont perçus, par les différents acteurs du secteur de la santé mentale, comme des outils de planification substantiels de

changements, puisqu'ils élargissent sensiblement 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 s'étale entre 1989 et 1991. L'exercice, réalisé sous la coordination des conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS), rassemble les acteurs-clés du domaine de la santé mentale d'un territoire respectif. Des comités tripartites, regroupant des intervenants et des gestionnaires des établissements, du communautaire, et de l'intersectoriel (municipalités, commissions scolaires, etc.) sont en effet déployés pour supporter le processus de planification. Avec les PROS, le rôle des acteurs organisationnels autres que ceux qui exercent en milieu psychiatrique est donc institutionnalisé. Les PROS sont ainsi des instruments centraux de démocratisation, puisqu'ils intègrent une pluralité d'acteurs au processus de prise de décision. La planification régionale est, par ailleurs, systémique et formalisée (les documents PROS ont presque tous plus de 200 pages), imprégnée des différentes étapes de ce processus: planification stratégique, tactique, et opérationnelle (Pineault & Daveluy, 1995).

Les PROS sont aussi structurés en fonction des approches par programmes et par objectifs/résultats. L'évaluation de la planification et des services devient également une étape cruciale du processus de gestion régionale. L'approche par programmes propose de gérer les services d'un territoire non plus en fonction des distributeurs, mais en fonction des besoins intégrés recensés de la clientèle. Elle 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 appuyant (régionale et organisationnelle: Galbraith, 1971, 1972). Cette approche devrait éventuellement favoriser l'amélioration de la coordination latérale des services et jouer positivement sur l'efficacité et la pertinence du système (Provan & Milward, 1994; Provan, Sebastian, & Milward, 1996). Par exemple, le programme de santé mentale de la Montérégie s'organise dans une nomenclature de 32 sous-programmes répertoriés en trois niveaux de services (prévention et promotion, première ligne et services de crise, et services spécialisés — deuxième ligne) et composés d'activités sous la responsabilité de distributeurs principaux et de collaborateurs obligatoires ou volontaires qui sont dispersés dans l'ensemble des organisations du réseau de la santé mentale.

La planification par objectifs et par résultats propose principalement de 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 «management by objectives» (MBO). Initialement développé pour bonifier le rendement des employés par la spécification de responsabilités, de buts poursuivis, et de résultats attendus qui sont conjointement élaborés par les employés et les employeurs, le concept prend actuellement des formes plus extensives (Ford, McLaughlin, & Nixdorf, 1980; Greenwood, 1981). L'approche «MBO» est ainsi jugée efficace pour planifier des stratégies, pour organiser les ressources et pour préciser les responsabilités organisationnelles (Covaleski & Dirsmith, 1981; Rodgers & Hunter, 1992; Thompson, Luthans, & Terpening, 1981). Elle est singulièrement utilisée dans les PROS pour associer les fonctions de gestion, de planification, et de contrôle; pour clarifier 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.

Objectifs poursuivis par la recherche et méthodologie

D'un point de vue théorique, la recherche évaluative sur la planification régionale du programme de santé mentale visait à mieux cerner le rôle des outils de gestion et de la planification dans la transformation des systèmes sociosanitaires. Sur le plan empirique, elle a procédé à l'évaluation de la mise en œuvre et des effets des PROS et de leur contribution à l'implantation de la Politique de santé mentale, particulièrement pour le territoire sociosanitaire de la Montérégie. Les principaux résultats de la recherche ont été discutés dans d'autres publications (Denis et al., 1998; Fleury, 1998; Fleury & Denis, 2000; Fleury, Denis, & Sicotte, à paraître). Pour répondre aux objectifs de la recherche, le devis utilisé comprenait une étude de cas, réalisée dans la région sociosanitaire de la Montérégie, et une enquête descriptive, effectuée dans le reste des territoires du Québec (à l'exception des régions sociosanitaires du Nord du Québec, du Nunavik, et de la Baie-James). Nous avons conduit 160 entrevues semi-dirigées auprès d'une diversité d'acteurs du réseau de la santé mentale: intervenants et gestionnaires des établissements et des organismes communautaires interagissant dans ce secteur, acteurs du milieu intersectoriel mobilisés dans la planification régionale, clientèle et proches des services, et gestionnaires des régies régionales. Une importante revue de littérature, constituée de sources primaires (sources d'archives, documents mi-

nistériels, régionaux, ou d'acteurs organisationnels) et secondaires (systèmes de santé mentale, théorie organisationnelle, et analyse de l'implantation), a aussi servi d'appui à cette investigation. La collecte des données, articulée en sept périodes, a eu lieu de février 1995 à juin 1997.

L'étude de cas est la stratégie de recherche la plus souvent utilisée pour mener une analyse d'implantation (Denis & Champagne, 1990). Elle permet au chercheur d'examiner en profondeur une unité d'analyse ou un petit nombre d'unités d'analyse. 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 témoignent de la puissance explicative de ce genre de stratégie de recherche (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis, & Boyle, 1990). L'enquête descriptive permet ici d'obtenir une représentation transversale des caractéristiques des différentes régions et du degré de mise en œuvre d'un modèle intégré de distribution des services. Ces deux devis s'inscrivent parmi les recherches synthétiques qui sont généralement jugées plus apte que les études expérimentale ou quasi-expérimentale à résoudre les problèmes extrêmement complexes posés par les sciences humaines, car ils prennent largement en compte la complexité des situations, leurs contradictions, la dynamique des processus, ainsi que les points de vue différents des acteurs sociaux (Pourtois & Desmet, 1989).

Nous avons aussi procédé à des analyses synchronique, diachronique, et parallèle des données. L'analyse synchronique a permis de tracer un portrait actuel des PROS comme outil de planification, des configurations de l'organisation de la distribution des services de santé mentale, de l'influence du contexte socio-économique sur l'implantation de cet outil de gestion, et de sa contribution à l'atteinte des objectifs de la réforme en santé mentale. L'analyse diachronique a cherché à clarifier ce qu'étaient les PROS lors de leur déploiement, l'influence du contexte sur leur mise en œuvre à cette période, et la configuration des services avant 1989. L'analyse parallèle a permis de généraliser les résultats obtenus par l'analyse synchronique et diachronique aux différentes problématiques examinées. Elle s'est attachée à explorer les «patterns» de relations observées au sujet du développement et des effets des PROS et des configurations de l'organisation des services de santé mentale.

Afin de réduire les biais inhérents à toute recherche, nous avons élaboré un modèle théorique explicite, circonscrivant l'objet d'étude

dans sa complexité et dans sa dynamique et cernant l'émergence de nouveaux construits, lequel s'est inscrit dans un paradigme distinct. Nous avons aussi procédé par une stratégie de triangulation de l'information. Une description précise et détaillée des procédures employées par les chercheurs pour collecter et interpréter les données a ainsi été réalisée, ce qui a contribué à la validité interne de l'étude. L'enquête descriptive, effectuée pour l'ensemble des régions sociosanitaires, a permis d'augmenter la validité externe de la recherche. La notion de validité externe fait référence à la potentialité de généraliser les conclusions d'une 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). La section qui suit présente le modèle théorique de l'évaluation des PROS.

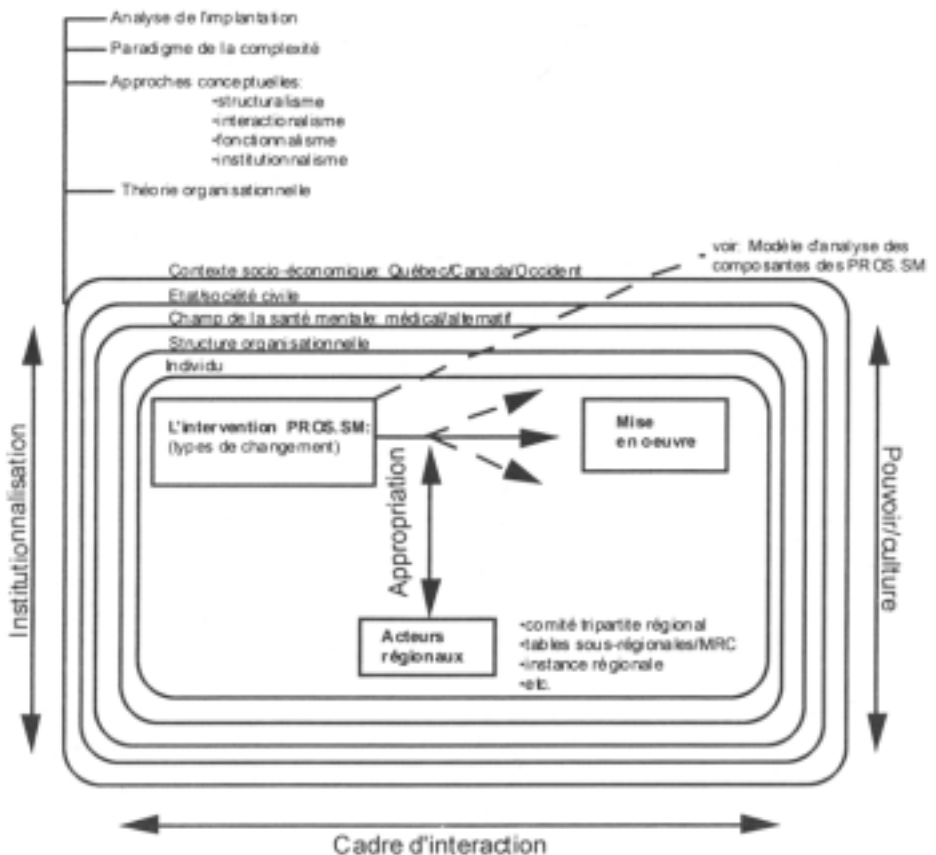
MODÈLE THÉORIQUE DE L'ÉVALUATION DES PROS EN SANTE MENTALE

Pour examiner la mise en œuvre et les effets des PROS, un cadre conceptuel d'interprétation générale et un modèle d'analyse des composantes des PROS ont été développés. Ce premier établit les balises paradigmatiques et théoriques qui soutiennent l'ensemble de la recherche. Il considère l'évaluation de l'implantation d'un changement stratégique comme un processus complexe, systémique, et dynamique. De ce fait, l'introduction d'une réforme est jugée en fonction de trois dimensions (institutionnalisation, cadre d'interaction, et pouvoir/culture) et de cinq niveaux d'analyse, lesquels sont présentés dans la section qui suit: 1) le contexte socio-économique (Québec/Canada/Occident), 2) l'État et la société civile, 3) le champ (médical/alternatif/santé), 4) la structuration organisationnelle, et 5) l'individu (voir Figure 1). Le modèle d'analyse des composantes des PROS s'inscrit dans le cadre général d'interprétation. Il identifie les composantes spécifiques de mise en œuvre et d'effets de l'intervention.

Cadre conceptuel général d'interprétation de la recherche

Des niveaux et dimensions d'analyse de ce cadre général d'interprétation, le contexte socio-économique est interprété en tant qu'épistémè, formée de systèmes structuro-matériel et symbolique (Chanlat, 1990). Le concept d'épistémè est défini comme 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 (Dreyfus & Rabinow, 1984). Le déploiement des PROS est notamment fortement déterminé par les conditions économiques de l'État,

Figure 1
Cadre conceptuel de la mise en œuvre et de l'impact des PROS en santé mentale (PROS.SM) sur la structuration de la réforme de la santé mentale



le rôle de mouvements sociaux tels que la syndicalisation et la communautarisation des services, et la conceptualisation des troubles de la santé mentale. Par exemple, l'enfermement/traitement est de plus en plus perçu comme une intervention inadéquate considérant le contexte économique actuel, la morale de la société (valeur humanitaire), et l'évolution technologique (mise en marché des neuroleptiques et des antidépresseurs). Les individus sont néanmoins capables de se déjouer du «poids» des structures sociales et symboliques, puisqu'ils sont conçus en tant qu' «acteurs» (Crozier et Friedberg, 1977). La personnalité des distributeurs de services a notamment été rapportée, lors de cette étude, comme l'une des conditions déterminantes de la coordination des soins et des activités de santé mentale. De même que la collaboration des centres hospitaliers au processus de réforme dans le secteur de la santé mentale, comme souvent relative à la personnalité des dirigeants qui peuvent infléchir la vision et le comportement organisationnels de ces institutions.

Le niveau de la structure organisationnelle correspond principalement aux régies régionales, aux centres hospitaliers, aux centres locaux de services communautaires (CLSC), aux différents organismes communautaires (groupes d'entraide, ressources d'hébergement, etc.) et aux membres de l'intersectoriel (municipalités, commissions scolaires, etc.) qui interagissent dans le domaine de la santé mentale. Plusieurs définitions ont été données de la structure organisationnelle. Séguin et Chanlat (1992) répertorient trois paradigmes qui structurent l'ensemble de ce corpus: les paradigmes fonctionnaliste, critique, et de la complexité. Le premier a longtemps été le paradigme dominant en science administrative, le paradigme critique étant trop 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 intégrante et non conflictuelle de l'organisation (vision partagée et harmonique). Le paradigme critique est soutenu par 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 con-

ception 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 démystificatrice 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). Le paradigme de la complexité propose de réunir les visions contradictoires des paradigmes fonctionnaliste et critique: privilégiant l'ordre et le désordre, la synchronie et la diachronie, et ainsi de suite. C'est dans le paradigme de la complexité que s'est positionnée l'évaluation des PROS.

La société civile/l'État et le champ sont les deux autres niveaux analytiques considérés. Ce premier fait référence aux forces de régulation en opposition: force émergente et locale et force centrale et planifiée. La décentralisation et la démocratisation de la gestion du système renforcent actuellement le pouvoir des sociétés civiles dont les régions, les territoires locaux, et les organismes communautaires sont représentatifs. L'appartenance aux formes de régulations locales ou centrales dépend, en fait, de la position comparative des acteurs organisationnels dans la situation à l'étude. Le concept de champ est identifié à un espace historique structuré de relation de pouvoir et formé d'une vision relativement consensuelle de la réalité: d'une logique et d'une pratique, de capitaux et d'habitus particuliers (Bourdieu, 1975). On désigne par capital les prédispositions et les acquis individuels et sociaux d'ordre économique, culturel, et symbolique. L'habitus relève des schèmes de perception, d'appréciation, et de pratiques historiques qui sont inculqués par un individu, une organisation, ou un champ. 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) est représentatif de ce degré de légitimation et d'autonomie (Fleury, Denis, Champagne, & Pineault, à paraître); voir plus loin la notion d'institutionnalisation). Trois champs sont traités dans la recherche: 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, singulièrement aux centres hospitaliers par leurs départements de psychiatrie et le champ de la santé, à la réforme en cours, particulièrement à l'action des régions régionales et du ministère. Le champ alternatif est caractérisé comme une forme territorialisée de régulation et par une déprofessionnalisation des interventions, une

démédicalisation des processus de vie, une dévictimisation des individus, et une désexisation de la société (Lamoureux, 1994). Le champ médical se spécifie 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 propose l'intégration des philosophies et des pratiques d'intervention, la notion biopsychosociale du concept de santé mentale étant privilégiée.

Des trois dimensions d'analyse du cadre conceptuel général d'interprétation de la recherche, 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 qui sont foncièrement inégalitaires. L'inégalité s'explique par la possession de capitaux divergents (Bourdieu, 1975) et par le contrôle ou la démythification de règles de jeu (Crozier & Friedberg, 1977; Friedberg, 1992). 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. 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 consolider, à l'intérieur de ces règles, 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. 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)» (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, qui insiste sur les dimensions sémantiques des rapports sociaux (valeurs, normes, histoires, personnalités, etc.), éclaire aussi le processus de changement social et de construction de la réalité (Abravanel et al., 1988; Morgan, 1989; Reitter, Chevalier, Laroche, Mendoza, & Pulicani, 1991). Cette notion met notamment en exergue la complexité et l'hétérogénéité d'une organisation (ses sous-cultures, contre-cultures, etc.), mais aussi les mécanismes d'uniformisation d'une culture organisationnelle. Spécifiquement, 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, souligne que les normes culturelles peuvent représenter des forces centrales d'enrôlement organisationnel, parfois plus capitales que le pouvoir du marché où règne le critère d'efficacité (Greenwood & Hinings, 1996). Selon Scott et Meyer (1991), cette situation se présente dans le système de santé mentale.

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 de consolidation 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 l'État et par la société civile. Le degré d'autonomie fait référence à la potentialité, pour une pratique ou un champ, de se réguler indépendamment de l'État. Plus une pratique est notamment institutionnalisée, plus elle sera réfractaire au changement. L'étude du degré d'institutionnalisation détermine ainsi la mobilisation au changement (Fleury et al., à paraître). Par exemple, la médecine psychiatrique élabore, à la fin du XIX^e siècle, un corpus théorique expliquant la maladie mentale (Andreasen, 1985; Keating, 1993); à cette époque, le médecin psychiatre est aussi consacré garant du malade (la symbolique). Il y a ainsi une alliance entre le politique (le champ du pouvoir) et le corps médical qui doit

dès lors administrer cette maladie, bien que la compétence scientifique des médecins soit pour le moins douteuse (Boudreau, 1984; Castel, 1976). La psychiatrie devient donc 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, de ce fait, des protagonistes d'une réforme, la planification d'une stratégie fort articulée.

La notion de cadre d'interaction est fortement reliée aux effets sémantiques produits dans des situations de co-présence, c'est-à-dire dans des circonstances où deux ou plusieurs individus (ou groupes) se rencontrent. 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. Ainsi, le changement des structures de consultation appuyant la planification régionale dans le secteur de la santé mentale à partir de 1989 bouleverse les cadres d'interaction. Les partenaires sont maintenant positionnés 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. Un rapprochement entre les groupes communautaires et les départements de psychiatrie et une certaine dé cristallisation de leurs rôles ont notamment été relevés; les deux groupes s'affirment aussi moins radicaux dans leurs visions (les champs alternatif/médical). Le concept de «face» aide par ailleurs à démystifier la situation des personnes atteintes de problèmes de santé mentale, puisqu'il peut aussi faire référence à la stigmatisation de cette clientèle.

Comme autre variable à l'étude de ce cadre conceptuel général, le type de changements qu'une réforme met en jeu demeure aussi important à cerner, influençant sa potentialité de mise en œuvre. Du corpus théorique sur le changement, trois caractéristiques orientant le cadre conceptuel de l'évaluation des PROS ont été retenues: 1) la nature planifiée ou émergente, 2) radicale (révolutionnaire) ou incrémentielle (évolutive), et 3) la question des déterminants d'un changement. Une réforme est en effet conçue comme un processus

complexe, dynamique, et politique et, plus souvent qu'autrement, de nature incrémentielle en raison de l'ampleur des modifications qu'elle soutient et des enjeux qui y sont sous-jacents (Greenwood & Hinings, 1996; Ramaprasad, 1982; Tushman, Romanelli, & Romanelli, 1985). Les modifications de régulation envisagées pour le secteur de la santé mentale sont aussi de type planifié; elles résultent au niveau national d'une politique (la Politique de la santé mentale) et sur le plan régional des PROS. Néanmoins, l'élaboration de la planification s'inscrit également dans un dispositif émergent, puisque les PROS ont pris forme d'un long processus consultatif (1989–91). Le contexte actuel de compression des dépenses publiques et du virage ambulatoire renforce par ailleurs la tendance radicale du mouvement de réforme.

Bref, le déploiement d'une réforme n'est pas un processus facile, puisque l'intervention est mise en œuvre dans un contexte particulier (les cinq niveaux d'analyse et les dimensions de l'institutionnalisation, du pouvoir, et de la culture) qui agit en interaction avec l'objet même de l'implantation (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 transformation avantage et les deuxièmes, plutôt ceux qu'elle désavantage. La mise de l'avant d'une réforme par le gouvernement implique cependant la présence d'un certain consensus social sur ses enjeux (Callon, 1989; Callon & Latour, 1986; White, 1993). Ainsi, l'évaluation des PROS considère particulièrement les rôles joués par les gestionnaires des régies régionales et par les acteurs siégeant sur les comités consultatifs, appuyant le processus de planification régionale. Ceux-ci contribuent directement à l'animation et au soutien du développement de la planification régionale par programmes.

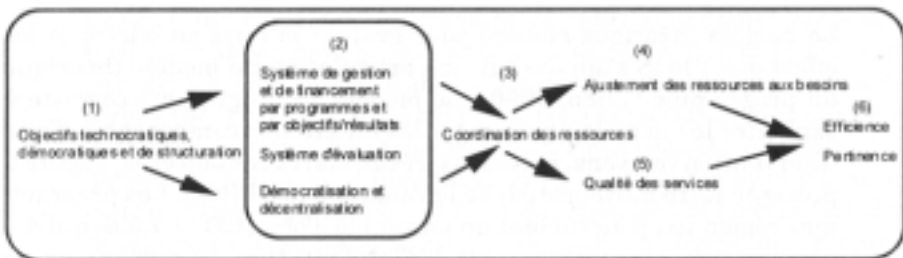
Modèle d'analyse des composantes de la mise en œuvre et des effets des PROS en santé mentale

Le modèle théorique élaboré pour évaluer la mise en œuvre et les effets des PROS s'appuie sur une articulation du modèle théorique du programme (Chen, 1990). Le modèle du programme consiste à expliciter les liens logiques entre les différentes composantes d'une intervention (moyens, processus, résultats) et ses objectifs. Figure 2 présente cette modélisation de l'évaluation des PROS. Les programmes régionaux poursuivent un ensemble d'objectifs (1,4,5,6) qui devraient être rencontrés grâce à 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 éventuellement jouer sur la qualité des services (5) et ultimement sur leur pertinence et leur efficacité (6). L'outil devrait aussi permettre un ajustement des ressources aux besoins de la clientèle (4). Ce modèle articule la relation entre le déploiement des PROS 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 ou par un réseau de structures d'autorité et de mécanismes de support multiples, regroupant les membres d'unités fonctionnelles distinctes pour les faire travailler à la réalisation de tâches ou à la résolution de problèmes rencontrés fréquemment dans le déroulement des activités (Davis & Lawrence, 1977). S'il s'agit d'une structure temporaire, on parle plutôt d'une gestion par projet que d'une gestion matricielle (Cleland & King, 1983). L'adoption de la forme matricielle devrait maintenir le niveau de spécialisation 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) une différenciation structurale par la désignation d'un directeur ou d'un responsable des projets ou des programmes et possiblement par une départementalisation de cette fonction de coordination (e.g., division de la planification au niveau régional); 2) la présence d'une double structure d'autorité (e.g., l'orientation des activités de santé mentale est aussi encouragée par le niveau régional); 3) l'influence de la nouvelle structure matricielle sur les décisions (Galbraith, 1972) (e.g., au-delà de la fonction de coordination, le niveau régional intervient

Figure 2
Modélisation de l'évaluation des composantes des PROS.SM



Adapté de Denis et al., 1994

directement sur les activités par un financement par programmes); 4) l'élaboration de systèmes d'appui propres à la structure matricielle (Davis & Lawrence, 1977) (e.g., un développement par le niveau régional de ressources pour la planification, la budgétisation, le traitement de l'information, etc.); et 5) une dynamique de diffusion interne, c'est-à-dire que l'évolution de la gestion matricielle amènerait graduellement cette structure à englober plus d'activités pour produire les effets attendus (e.g., expansion progressive du financement par programmes dans une région). Cette structuration des services devrait produire un plus grand degré de coordination latérale. En brisant avec le principe d'unité de commande (Mintzberg, 1979), la gestion matricielle doit cependant composer avec des sources multiples d'autorité et les conflits potentiels qui en découlent (Ford & Randolph, 1992; Gobeli & Larson, 1986, 1987). Par ailleurs, la dynamique politique caractérisant une organisation ou un réseau organisationnel donné peut empêcher de recourir à la forme matricielle jugée optimale (Ford & Randolph, 1992).

Ainsi, un PROS en santé mentale, en tant qu'approche matricielle de coordination des services, génère 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 (Davis & Lawrence, 1977; Galbraith, 1971; Gobeli & Larson, 1987); augmenter la capacité de traitement de l'information du système organisationnel et ainsi, sa vitesse de réponse aux problèmes rencontrés (Davis & 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); développer 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 & 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 spécifiquement améliorer l'efficacité des services dispensés à la clientèle et favoriser le bien-être des personnes (Bolland & Wilson, 1994; Conrad, 1993; Gillies, Shortell, Anderson, Mitchell, & Morgan, 1993;

Provan & Milward, 1994; Provan, Sebastian, & Milward, 1996; Ross, 1979; Shore & Cohen, 1990).

Les effets négatifs de l'approche matricielle résultent en grande partie de la coexistence de sources multiples d'autorité (Ford & Randolph, 1992). La mise en œuvre 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 relevant de l'ambiguïté dans les rôles et les responsabilités associés à cette forme (Davis & 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 encadrant leur fonctionnement, et 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 et d'ambiguïté de rôles ainsi que de surcharge de travail (Joyce, 1986). La gestion matricielle peut aussi entraîner des coûts en accroissant l'intensité administrative (Davis & Lawrence, 1977) et en alourdissant le processus de prise de décisions, ce qui contribue à retarder la décision (David & Lawrence, 1977; Denis 1986). Théoriquement, la gestion matricielle semble ainsi reliée à des effets paradoxaux (Ford & Randolph, 1992).

Figure 3 présente le modèle d'évaluation de la mise en œuvre et des effets des différentes composantes de l'intervention PROS. Chacune des flèches du modèle correspond à une hypothèse mise à l'épreuve empiriquement. D'abord, l'évaluation permet d'associer le degré de développement 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 bénéfices et les désavantages de ce modèle de gestion dans le système de distribution des services de santé mentale, produisent 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 circonscrit les différentes composantes de l'évaluation des PROS.

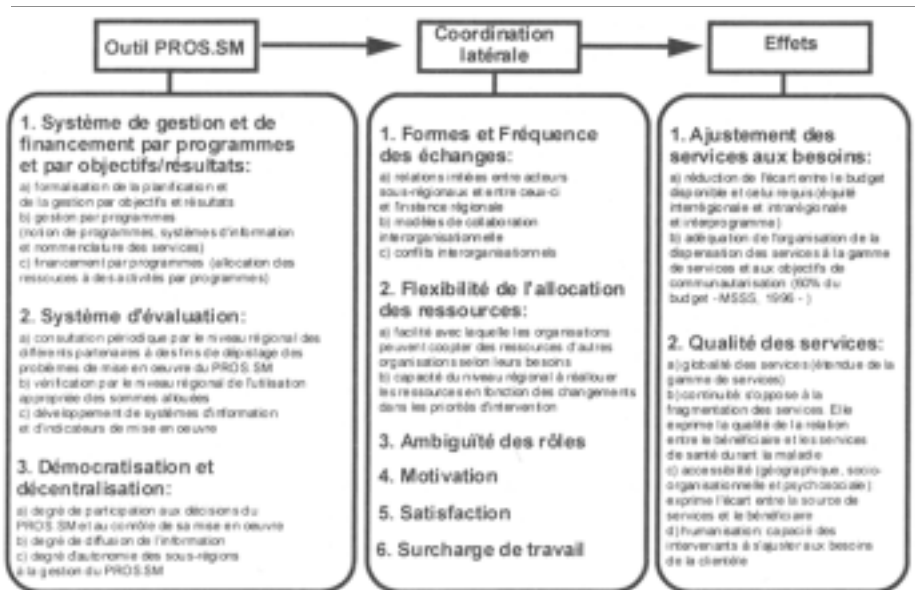
COMPOSANTES DE L'ÉVALUATION DES PROS EN SANTÉ MENTALE

Outil PROS

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 œuvre des PROS et au degré de spécification des méthodes et des procédures permettant d'accomplir les rôles (Price & Mueller, 1986). La formalisation de la gestion par objectifs/résultats fait référence à la précision d'objectifs et d'effets attendus par niveaux de services (prévention/promotion, première ligne et crise, et services spécialisés) et par clientèles (jeunes, adultes, personnes âgées). Elle 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 du déploiement de la gestion par programmes relève de l'adéquation du sys-

Figure 3
Modèle d'analyse des composantes de mise en œuvre et d'effets des PROS.SM



Adapté de Demis et al., 1994

tème de distribution aux programmes planifiés au niveau régional. Elle tient compte de la définition donnée à la notion de programmes et vient apprécier la nomenclature des programmes et les systèmes d'information appuyant cette approche. 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.

Système d'évaluation

Il s'agit ici d'apprécier les activités de suivis d'implantation des PROS 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 œuvre des PROS, 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 œuvre des PROS.

Démocratisation et décentralisation

La démocratisation de la planification régionale est mesurée par le degré de participation des différents acteurs du réseau de santé mentale aux décisions entourant la gestion des PROS et au contrôle de leur mise en œuvre et par le degré de diffusion de l'information. La décentralisation est relative au degré d'autonomie dans la gestion des PROS des différentes localités (sous-régions, municipalités régionales de comtés, territoires de CLSC, etc.) impliquées dans ce processus. L'analyse tient compte des divers groupes organisationnels et professionnels interagissant dans le secteur de la santé mentale et des phases d'actualisation de la planification.

Coordination latérale

Les relations entre les organisations de santé mentale sont ici examinées d'une façon globale sur le plan régional. Pour la Montérégie, l'étude s'est particulièrement intéressée aux dynamiques sous-régionales et à leur impact sur le parcours de la mise en œuvre et des effets du PROS. Sept variables témoignent du degré de coordination latérale des PROS: 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 coordination interorganisationnelle (sur un continuum les modèles vont des fusions aux références de type informel: Fleury, 1998), 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 que l'un des aspects négatifs associés à l'approche matricielle est le fait qu'elle entraîne une augmentation des possibilités de conflits interorganisationnels (Joyce, 1986).

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 & 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, et ainsi de suite. La surcharge de travail est enfin reliée au volume de tâches associées à l'accomplissement d'un rôle organisationnel (Price & Mueller, 1986).

Effets

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 Politique de santé mentale (de la prévention/promotion à la réadaptation/réintégration sociales) et aux objectifs de répartition du budget de santé mentale, identifiés par le gouvernement, qui prônent que 60% du budget de la santé mentale devraient être alloués dans la communauté et 40%, dans les services hospitaliers (MSSS, 1996).

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 des 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 propose de diminuer cet écart; et 4) l'humanisation des services, relevant des aspects intangibles de la distribution des services et de la capacité des intervenants à s'ajuster aux demandes du client lors d'un processus de soins (Donabedian, 1973). Le cadre d'interprétation de la recherche et le modèle d'analyse des composantes des PROS ayant été présentés, la section suivante discute des réflexions tirées de l'étude en vue d'améliorer le processus d'évaluation de la planification régionalisée par programmes.

UN MODÈLE PARTICIPATIF, ÉMERGENT ET PRÉVENTIF DE L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES RÉGIONAUX D'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Les conclusions de la recherche concernant l'évaluation de la mise en œuvre et de l'impact des PROS supportent une orientation plus décentralisée et émergente du processus de planification pour ses volets opérationnels (Fleury, 1998). L'étude démontre que les régions sociosanitaires qui ont, en ce sens, davantage décentralisé leur système de santé mentale ont généralement développé des réseaux de services mieux arrimés, ce qui a aussi favorisé les acteurs à davantage apprécier les effets entraînés par la planification. Quant à la planification émergente, plusieurs avantages sont associés à son emploi. Elle permettrait de consolider l'expertise et la crédibilité des protagonistes d'une intervention telle que les PROS, 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 d'une réforme et de modifier leurs pratiques dans cette voie. La légitimité d'un projet ou d'une intervention et leur appui politique se retrouveraient ainsi améliorés (Quinn & College, 1980). Dans cette conception, la planification devient un processus «préventif», c'est-à-dire qu'elle incite, sur une base régulière, à la mise à jour des situations et des contextes, des problématiques, des besoins et des orientations de services, et ainsi de suite (Fricke et Labour, 1990). Nous avons vu qu'au con-

Cette approche évaluative encouragerait l'adhésion des acteurs locaux aux enjeux d'une réforme, l'adéquation des objectifs et des moyens mobilisés pour implanter une planification stratégique à l'évolution du contexte, et une réponse plus rapide aux besoins d'organisation et de dispensation de services.

Concrètement, l'association des acteurs locaux au processus d'évaluation est donc prônée, qui annuellement apprécieraient leur planification opérationnelle et la rencontre de cette dernière à la planification stratégique rédigée sur le plan régional. Cet exercice, réalisé par les acteurs locaux coalisés au sein de structures de concertation, serait encadré par les régies régionales, qui demeurent, dans cette modélisation, les instances garantes de l'imputabilité des travaux réalisés par les distributeurs de services des régions. Ces derniers devraient aussi être en mesure de mobiliser leurs organisations dans les prises de décisions élaborées à ce niveau. Il ressort de nos résultats de recherche qu'il existe, trop souvent, une discontinuité dans les volontés d'organisation de services entre les membres coalisés dans les structures de concertation et les décideurs et intervenants-gestionnaires principaux des organisations. Pour faciliter l'action, les documents d'appui à la planification et à l'évaluation devraient enfin s'avérer succincts et schématiques et délimiter un certain nombre d'objectifs et de résultats pour une période donnée. Des effets négatifs sont cependant aussi reliés au développement d'un tel modèle, rejoignant ceux recensés pour l'implantation d'une approche matricielle (e.g., une surcharge de travail, une augmentation des conflits). Il importe ainsi, parallèlement, de promouvoir la recherche en vue de cerner des mécanismes pouvant déjouer ou minimiser ces différents problèmes. Une meilleure formalisation du processus de planification et d'évaluation encouragerait notamment cette orientation.

NOTES

- 1 Le domaine sociosanitaire est séparé en cinq champs (santé publique, santé physique, santé mentale, intégration sociale, et adaptation sociale) correspondant à huit programmes: santé physique, santé mentale, santé publique, jeunesse, alcoolisme/toxicomanie, personnes âgées, déficience physique, et déficience intellectuelle. Les régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) ont la responsabilité de mettre en œuvre une planification des services pour chaque programme (*Loi 120*, article 347).

- 2 Les objectifs démocratiques des PROS.SM visent à implanter une gamme complète et intégrée de services dont la distribution s'organise le plus possible dans la communauté. Les objectifs technocratiques proposent d'améliorer les connaissances en termes de besoins et de services ainsi que l'efficacité, la pertinence, et la qualité des services. Ils viennent aussi préciser les objectifs/résultats pour le réseau et les mandats des acteurs. Les objectifs démocratiques correspondent enfin à la rencontre d'une équité intrarégionale, inter-régionale, et interprogramme, à l'ajustement des ressources aux besoins de la population, et à l'introduction d'une gestion partenariale (Fleury, Denis, & Sicotte, à paraître).

REMERCIEMENTS

Nous voulons remercier le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS) pour son soutien financier et l'ensemble des participants impliqués dans l'étude évaluative sur la planification régionale et les PROS, particulièrement Michel Gonthier et Hung Nguyen de la Régie régionale de la Montérégie.

RÉFÉRENCES

- Abravanel, H., Allaire, Y., Firsirotu, M.E., Hobbs, B., Poupart, R., & Simard, J.J. (1988). *La culture organisationnelle: Aspects théoriques, pratiques et méthodologiques*, Montréal: Gaëtan Morin éditeur.
- Andreasen, N. (1985). *The broken brain. The biological revolution in psychiatry*. New York: Perennial Library.
- Bégin, C., Joubert, P., & Turgeon, J. (1999). L'évaluation dans le domaine de la santé: Conceptions, courants de pensée et mise en œuvre. Dans C. Bégin, P. Bergeron, P.G. Forest, & V. Lemieux, *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation* (pp. 283–331). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1986). *La construction sociale de la réalité*. Paris: Meridiens Klincksieck.
- Bolland, J.M., & Wilson, J.V. (1994). Three faces of integrative coordination: A model of interorganizational relations in community-based health and human services. *Health Services Research*, 29, 341–366.

- Boudreau, F. (1984). *De l'asile à la santé mentale. Les soins psychiatriques: Histoire et institutions*. Montréal: Éditions Coopératives Albert Saint-Martin.
- Bourdieu, P. (1975). La spécificité du champ scientifique et les conditions sociales du progrès de la raison, *Sociologie et Sociétés*, 7(1), 91–118.
- Burns, L.R. (1989). Matrix management in hospitals: Testing theories of matrix structure and development. *Administrative Science Quarterly*, 34(3), 349–368.
- Callon, M. (Dir.). (1989). *La Science et ses réseaux* (pp. 66–116). Paris: La Découverte.
- Callon, M., & Latour, B. (1986). Les paradoxes de la modernité. Comment concevoir les innovations. *Prospective et Santé*, 36, 13–25.
- Castel, R. (1976). *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. Paris: Minuit.
- Champagne, F., & Denis, J.L. (1992). Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions: L'analyse de l'implantation. *Service social*, 41(1), 143–163.
- Chanlat, J.F. (Dir.). (1990). *L'individu dans l'organisation, les dimensions oubliées*. Québec: Les Presses de l'Université Laval, Éditions Eska.
- Chen, H.T. (1990). *Theory-driven evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Cleland, D.I., & King, W.R. (1983). *Project management handbook* (3rd ed.). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Conrad, A.D. (1993). Coordinating patient care services in regional health systems: The challenge of clinical integration. *Hospital & Health Administration*, 38(4), 491–508.
- Contandriopoulos, A.P. (1993). L'Évaluation dans le domaine de la santé. *Bulletin*, 33(1), 12–17.
- Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.L., & Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Covaleski, M.A., & Dirsmith, M.W. (1981). MBO and goal directedness in a hospital context. *Academy of Management Review*, 6(3), 409–418.

- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Éditions du Seuil.
- Davis, S.M., & Lawrence, P.R. (1977). *Matrix*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Degeorges, O., Monnier, E., & Spenlehauer, V. (1990). L'évaluation comme outil de légitimation: Le cas des grandes organisations internationales. *Revue politique et management public*, 8(4), 1–23.
- Denis, H. (1986). Is the matrix organization a cumbersome structure for engineering projects. *Project Management Journal*, 17(1), 49–55.
- Denis, J.L., & Champagne, F. (1990). *Analyse de l'implantation*. Montréal: Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS).
- Denis, J.L., Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., Langley, A., Pineault, R., & Sicotte, C. (1994). *Évaluation des effets du plan d'organisation des services en santé mentale en Montérégie*. Protocole de recherche. Montréal: GRIS, Université de Montréal.
- Denis, J.L., Fleury, M.J., Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., Langley, A., Pineault, R., & Sicotte, C. (1998). *Évaluation de la mise en œuvre et des effets d'une gestion par programme et de la planification régionalisées (PROS) des services en santé mentale*. Rapport de recherche présenté à Santé Canada dans le cadre des travaux du GRIS. Montréal: Université de Montréal.
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Dreyfus, H., & Rabinow, P. (1984). *Michel Foucault, un parcours philosophique*. Paris: Éditions Gallimard.
- Fleury, M.J. (1998). *Impact de la planification régionale et des programmes régionaux d'organisation de services (PROS) sur la structuration de la réforme de la santé mentale au Québec*. Thèse de Doctorat. Montréal: Université de Montréal.
- Fleury, M.J., & Denis, J.L. (2000). Bilan de la mise en œuvre et des effets des plans régionaux d'organisation des services (PROS) comme stratégies d'implantation de la réforme des services de santé mentale au Québec. *Santé mentale au Québec*, 25(1), 217–240.

- Fleury, M.J., Denis, J.L., Champagne, F., & Pineault, R. (à paraître). Étude des conditions d'implantation d'une réforme. Une analyse de l'institutionnalisation et de la désinstitutionnalisation des champs impliqués dans le traitement du SIDA. Accepté dans la revue *Recherches sociographiques*.
- Fleury, M.J., Denis, J.L., & Sicotte, C. (à paraître). Rôle des outils de gestion dans l'implantation de la réforme de la santé mentale au Québec. *Sciences sociales et santé*.
- Ford, C.R., McLaughlin, F.S., & Nixdorf, J. (1980). Ten questions about MBO. *California Management Review*, 23(2), 88–94.
- Ford, C.R., & Randolph, W.A. (1992). Cross-functional structures: A review and integration of matrix organization and project management. *Journal of Management*, 18(2), 267–294.
- Fricke, J.G., & Labour, A. (1990). Participative évaluation. *Revue canadienne d'évaluation de programme*, 5(2), 11–25.
- Friedberg, E. (1992). Les quatre dimensions de l'action organisée. *Revue française de sociologie*, 33, 531–557.
- Galbraith, J.R. (1971). Matrix organization designs. *Business Horizons*, 14(1), 29–40.
- Galbraith, J.R. (1972). Organization design: An information-processing view. Dans J.W. Lorsch & P.R. Lawrence (Eds.), *Organization planning: Cases and concepts* (pp. 49–74). Homewood, IL: Irwin.
- Gillies, R.R., Shortell, S.M., Anderson, D.A., Mitchell, J.B., & Morgan, K.L. (1993). Conceptualizing and measuring integration: Findings from the Health Systems Integration Study. *Hospital & Health Services Administration*, 28(4), 467–488.
- Gobeli, D.H., & Larson, E.W. (1986). Project management research program: A status report. *Project Management Journal*, 17(1), 24–25.
- Gobeli, D.H., & Larson, E.W. (1987). Relative effectiveness of different project structures. *Project Management Journal*, 18(2), 81–85.
- Greenwood, R.G. (1981). Management by objectives: As developed by Peter Drucker, assisted by Harold Smiddy. *Academy of Management Review*, 6(2), 225–230.

- Greenwood, R., & Hinings, C.R. (1996). Understanding radical organizational change: Bringing together the old and the new institutionalism. *Academy of Management Review*, 21(4), 1022–1054.
- Joyce, W.F. (1986). Matrix organization: A social experiment. *Academy of Management Journal*, 29(3), 536–561.
- Keating, P. (1993). *La science du mal. L'institution de la psychiatrie au Québec, 1800–1914*. Montréal: Boréal.
- Lamoureux, J. (1994). *Le partenariat à l'épreuve*. Montréal: Éditions Saint-Martin.
- Mercier, C. (1990). L'Évaluation des programmes d'intervention en milieu naturel. *Revue canadienne d'évaluation de programme*, 5(1), 1–16.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organization*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ministère des Affaires sociales. (1987). *Pour un partenariat élargi (rapport Harnois)*. Rapport de travail de la politique en santé mentale, Québec. Québec: Author.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (1989). *Plans régionaux de services en santé mentale: Vision d'ensemble et canevas de planification*. Québec: Gouvernement du Québec, Direction de la santé mentale (Voïtchovska, C.).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (1996). *La Transformation des services de santé mentale: Orientation jusqu'en 2002*. Document de consultation. Québec: Gouvernement du Québec.
- Morgan, G. (1989). *Images de l'organisation*. Québec: Les Presses de L'Université Laval, Éditions Eska.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, CA: Sage.
- Pineault, R., & Daveluy, C. (1995). *La planification de la santé. Concepts, méthodes et stratégies* (2^e édition). Montréal: Éditions Nouvelles.
- Posner, B.A. (1986). What's all the fighting about? Conflicts in project management. *IEEE Transactions in Engineering Management*, 33(4), 207–211.

- Pourtois, J.P., & Desmet, H. (1989). Pour une recherche qualitative et néanmoins scientifiques. *Réseaux*, 55-56-57, 13-35.
- Price, J.L., & Mueller, C.W. (1986). *Handbook of organizational measurement*. Marshfield, MA: Pritman.
- Provan, K.G., & Milward, H.B. (1994). Integration of community-based services for the severely mentally ill and the structure of public funding: A comparison of four systems. *Journal of Health Politics*, 19(4), 865-895.
- Provan, K.G., Sebastian, J.G., & Milward, H.B. (1996). Interorganizational cooperation in community mental health: A resource-based explanation of referrals and case coordination. *Medical Care Research and Review*, 53(1), 94-119.
- Quinn, B., & College, J.D. (1980). Managing strategic change. *Sloan Management Review*, 2, 3-20.
- Ramaprasad, A. (1982). Revolutionary change and strategic management. *Behavioral Science*, 27, 387-392.
- Randolph, W.A., & Posner, B.Z. (1992). *Getting the job done. Managing project teams and task forces for success*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Reitter, R., Chevalier, F., Laroche, H., Mendoza, C., & Pulicani, P. (1991). *Culture d'entreprise*. Paris: Vuibert gestion.
- Rodgers, R., & Hunter, J.E. (1992). A foundation of good management practice in government: Management by objectives. *Public Administration Review*, 52(1), 27-39.
- Ross, A. (1979). Organizational linkages: Management issues and implications. *New England Journal of Medicine*, 812-818.
- Scott, W.R., & Meyer, J.W. (1991). The organization of societal sectors: Propositions and early evidence. Dans W.W. Powell & D.J. DiMaggio (Eds.), *The new institutionalism in organization analysis* (pp. 108-140). Chicago: University of Chicago Press.
- Séguin, F., & Chanlat, J.F. (1992). *L'analyse des organisations, Une anthologie sociologique. Tome I: Les théories de l'organisation*. Montréal: Gaëtan Morin.

- Shore, M.F., & Cohen, M.D. (1990). The Robert Wood Johnson Foundation program on chronic mental illness: An overview. *Hospital and Community Psychiatry, 41*, 1212–1216.
- Thompson, K.R., Luthans, F., & Terpening, W.D. (1981). The effects of MBO on performance and satisfaction in a public sector organization. *Journal of Management, 7*(1), 53–68.
- Tushman, L., Romanelli, M., & Romanelli, E. (1985). Organizational evolution: A metamorphosis model of convergence and reorientation. Dans L.L. Cummings & B. Staw, *Research in organizational behavior* (chap. 7, pp. 171–222). Greenwich, CT: Jai Press.
- Van Meter, K. (Dir.). (1992). *La sociologie. Textes essentiels*. Paris: Larousse.
- White, K.B. (1984). MIS project teams. An investigation of cognitive style implications. *MIS Quarterly, 8*(2), 95–101.
- White, D. (1993). 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, 25*(1), 77–97.