Document généré le 19 mai 2025 09:22

Santé mentale au Québec

Évaluation de la réforme des services psychiatriques destinés aux adultes au pavillon Albert-Prévost [1]

Evaluation of the reform of psychiatric services destined to adults at the Pavillon Albert-Prévost

Evaluación de la reforma de los servicios psiquiátricos destinados a los adultos en el Pabellón Albert-Prévost.

Lambert Farand, François Champagne, Arthur Amyot, Jean-Louis Denis et André-Pierre Contandriopoulos

Volume 24, numéro 2, automne 1999

Le devenir des cliniques externes de psychiatrie

URI : https://id.erudit.org/iderudit/013014ar
DOI : https://doi.org/10.7202/013014ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Farand, L., Champagne, F., Amyot, A., Denis, J.-L. & Contandriopoulos, A.-P. (1999). Évaluation de la réforme des services psychiatriques destinés aux adultes au pavillon Albert-Prévost [1]. *Santé mentale au Québec*, *24*(2), 90–125. https://doi.org/10.7202/013014ar

Résumé de l'article

Cette étude de cas analyse l'implantation de la réforme du dispositif de soins destinés aux clientèles adultes du Pavillon Albert-Prévost. Le niveau de mise en oeuvre et les effets du nouveau dispositif ont été mesurés, et l'influence du contexte politique et structurel a été analysé. À la fin de la période d'observation, la mise en oeuvre de l'intervention n'était pas encore complétée mais elle avait déjà entraîné des effets intéressants, surtout en ce qui concerne l'accessibilité et l'efficience. Ces effets furent atteints par des mécanismes dont certains n'avaient pas été prévus au projet de réforme. Les auteurs ont également identifié un ensemble de facteurs contextuels qui ont facilité ou ralenti la mise en oeuvre de la réforme et la réalisation des effets attendus.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec,1999

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Santé mentale au Québec, 1999, XXIV, 2, 90-125

Évaluation de la réforme des services psychiatriques destinés aux adultes au Pavillon Albert-Prévost [1]

Lambert Farand*
François Champagne**
Arthur Amyot***
Jean-Louis Denis**
André-Pierre Contandriopoulos**

Cette étude de cas analyse l'implantation de la réforme du dispositif de soins destinés aux clientèles adultes du Pavillon Albert-Prévost. Le niveau de mise en œuvre et les effets du nouveau dispositif ont été mesurés, et l'influence du contexte politique et structurel a été analysé. À la fin de la période d'observation, la mise en œuvre de l'intervention n'était pas encore complétée mais elle avait déjà entraîné des effets intéressants, surtout en ce qui concerne l'accessibilité et l'efficience. Ces effets furent atteints par des mécanismes dont certains n'avaient pas été prévus au projet de réforme. Les auteurs ont également identifié un ensemble de facteurs contextuels qui ont facilité ou ralenti la mise en œuvre de la réforme et la réalisation des effets attendus.

Le Pavillon Albert-Prévost (PAP) et ses cliniques externes regroupent la plupart des services du département de psychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Il dispense des services de santé mentale à une population d'environ 250000 personnes. En septembre 1990, un comité formé majoritairement de psychiatres fut constitué par le chef du département, le docteur Camille Laurin, afin d'examiner le fonctionnement du dispositif de soins destinés aux clientèles adultes du PAP.

* M.D., Ph.D., membre du Département d'administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal et du Pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.

** Ph.D., Département d'administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal.

*** M.D., Pavillon Albert-Prévost, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, et Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal.

Contexte et problématique

Dans le rapport du comité (Leblanc et al., 1991), on soulignait la difficulté pour l'institution de concilier les trois volets de sa mission : la dispensation des soins, l'enseignement et la recherche. Selon les auteurs, le dispositif de soins, organisé par cliniques de secteur selon un modèle de psychiatrie communautaire visant la prise en charge de la totalité des problèmes de santé mentale de la population de chaque secteur, confinait les psychiatres et les autres professionnels à des activités de généralistes, peu compatibles avec le développement de la recherche et de l'enseignement. Ce développement devait reposer, selon eux, sur une plus grande différenciation des tâches et des compétences en fonction d'approches thérapeutiques destinées à des clientèles souffrant de psychopathologies spécifiques. De plus, l'organisation des services et le volume de la clientèle créaient une surcharge de travail pour les professionnels, qui n'avaient donc pas l'occasion de développer ces compétences spécifiques. Les auteurs soulignaient en outre différents problèmes touchant l'accessibilité, la coordination, la continuité et la globalité de services. Ainsi, le modèle précédent de psychiatrie communautaire, implanté dans les années 70 en réaction à l'approche asilaire (Amyot et al., 1975 ; Amyot et Lavoie, 1976 ; Amyot, 1983) afin de permettre un suivi plus rapproché des milieux de vie et une meilleure continuité des soins, s'était progressivement dénaturé à cause principalement d'une augmentation constante de la clientèle et de ressources limitées.

L'article de Bertelli, dans ce même numéro de *Santé mentale au Québec*, décrit la réforme proposée ainsi que sa mise en œuvre. Cette réforme, qui proposait une solution intégrée aux problèmes identifiés par le comité, s'inspirait en outre du vaste courant de réflexion amorcé depuis une dizaine d'années, tant aux États-Unis (Mechanic et Aiken, 1987 ; Lehman, 1989 ; Talbott et Glick, 1986 ; Wasylenki, 1986 ; Bachrach, 1987 ; Anthony et Blanch, 1989 ; Mechanic, 1991) et en Europe (Thornicroft et Bebbington, 1989 ; Freeman et Henderson, 1991), qu'au Canada (Wasylenki et al., 1992) et au Québec (Comité de la santé mentale du Québec, 1985, 1986 ; Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1986, 1988 ; MSSS, 1989). Par ailleurs, la politique de santé mentale du gouvernement du Québec (MSSS, 1989) et les plans régionaux d'organisation de services (PROS) qui en découlaient (CRSSSMM, 1990) modifiaient le rôle des centres hospitaliers dans ce domaine en leur confiant en priorité les services de deuxième ligne, la première devant être assumée par les CLSC, les omnipraticiens et les organismes communautaires. Dans ce contexte, le

nouveau dispositif de soins du Pavillon Albert-Prévost constituait un modèle d'organisation des services compatible avec ces politiques.

Dans cette étude, nous avons considéré la réforme dans une perspective de changement organisationnel. Les phases d'un tel processus ont été décrites comme suit : 1) initiation ; 2) diffusion ; 3) adoption ; 4) implantation (Scheirer, 1981) ; et 5) institutionalisation ou abandon d'une innovation. Ainsi, au début de la présente évaluation, le projet de réforme du dispositif de soins venait d'être adopté et la phase d'implantation allait bientôt commencer. Par implantation, on entend le transfert au niveau opérationnel d'une intervention (Tornatzky et Johnson, 1983 ; Patton, 1986). Le processus d'implantation d'une intervention représente en effet une étape distincte et ultérieure à la décision d'adopter un changement (Downs et Mohr, 1976 ; Scheirer, 1981). Il réfère à la mise en œuvre d'un projet, c'est-à-dire à son intégration dans un contexte organisationnel donné.

Méthodologie

Questions de recherche, stratégie d'évaluation et devis

Les questions de recherche considérées dans cette étude sont les suivantes : 1) Quel a été le niveau de mise en œuvre du nouveau dispositif de soins et comment le contexte d'implantation l'a-t-il influencé ? 2) Quels ont été les effets du nouveau dispositif et comment le niveau de mise en œuvre et le contexte d'implantation les ont-ils influencés ?

Il est important de disposer d'une méthodologie adéquate pour analyser l'implantation de nouvelles interventions en santé. Par exemple, le degré de conformité entre un projet d'intervention initial et sa version opérationnelle peut contribuer de façon importante à expliquer son degré d'efficacité (Rossi, 1978 ; Rossi et Wright, 1984 ; Rossi et Freeman, 1985 ; McLaughlin, 1985 ; Patton, 1986). D'autre part, l'analyse de l'influence du contexte d'implantation sur la mise en œuvre et les effets d'une intervention peut permettre de comprendre les écarts entre les effets désirés et ceux qui sont réellement obtenus. La stratégie « d'analyse de l'implantation » (Champagne et al., 1991 ; Champagne et Denis, 1992 ; Denis et Champagne, 1990, 1992) que nous utilisons dans cette étude permet à l'évaluation de dépasser un but strictement sommatif et de se prononcer non seulement sur l'efficacité de l'intervention mais aussi sur les facteurs explicatifs des résultats obtenus, en vue d'y apporter ultérieurement des modifications (Patton, 1986, 1987 ; Conrad et Roberts-Gray, 1988).

Les questions de recherche ont donc été abordées selon cette perspective. La première question comporte une analyse du niveau de mise en œuvre (Patton, 1986 ; Veney et Kaluzny, 1985 ; Rossi et Freeman, 1985), la deuxième, une analyse des effets (Contandriopoulos et al., 1990, 1991 ; Champagne et al., 1986 ; Donabedian, 1973), qui sont par ailleurs interprétés à la lumière de l'analyse de la mise en œuvre. Finalement, une analyse du contexte d'implantation (Champagne et al., 1991) sert à expliquer les résultats des analyses du niveau de mise en œuvre et des effets de l'intervention.

La première étape d'une analyse de l'implantation consiste à mesurer le degré de mise en œuvre de l'intervention. Plusieurs auteurs ont discuté des activités nécessaires à la réalisation d'une telle mesure (Hall et Loucks, 1977 ; Leithwood et Montgomery, 1980 ; Yin, 1982 ; Scheirer et Rezmovic, 1983 ; Rezmovic, 1984 ; Breeke, 1987 ; Scheirer, 1987). Cette composante de l'analyse de l'implantation vise à documenter et à suivre le niveau d'opérationnalisation d'une intervention (Patton, 1986 ; Veney et Kaluzny, 1985 ; Rossi et Freeman, 1985). Il s'agit de comparer les caractéristiques de l'intervention planifiée avec celles de l'intervention véritablement implantée. La mesure du niveau de mise en œuvre des composantes de l'intervention permet d'autre part de discriminer l'apport relatif des composantes du programme véritablement implantées dans la production des effets.

L'analyse de l'implantation comporte aussi une étude du contexte d'implantation, c'est-à-dire des caractéristiques du milieu qui peuvent influencer la mise en œuvre et les effets de l'intervention. Les théoriciens de l'organisation sont encore loin d'un consensus sur les variables explicatives de l'implantation d'une intervention. Les travaux dans ce domaine s'appuient sur plusieurs modèles conceptuels très différents (Schultz et Selvin, 1975 ; Elmore, 1978 ; Schultz et al., 1984). Ces modèles peuvent être regroupés en cinq perspectives (adapté de Scheirer, 1981) : rationnelle, développement organisationnel, psychologique, structurelle et politique. Nous avons utilisé ici un modèle politique et structurel auquel nous avions déjà fait appel dans des études similaires (Champagne et al., 1991 ; Denis et Champagne, 1990).

L'analyse de l'influence du contexte sur le niveau de mise en œuvre d'une intervention permet de mieux comprendre ce qui explique les variations observées au niveau de l'intégrité de l'intervention (Yeaton et Seachrest, 1985), en supposant que *celle-ci* influence fortement les effets produits par l'intervention (Scheirer, 1987). Le principe d'explication, développé par Cronbach (1983), souligne les gains de validité externe résultant d'une compréhension des facteurs de

production et d'inhibition des effets. Cette analyse aborde donc directement la question de la « transférabilité » des résultats (Lincoln et Guba, 1985), soit la possibilité d'utiliser les résultats de la recherche pour juger de la pertinence de généraliser l'intervention à d'autres milieux.

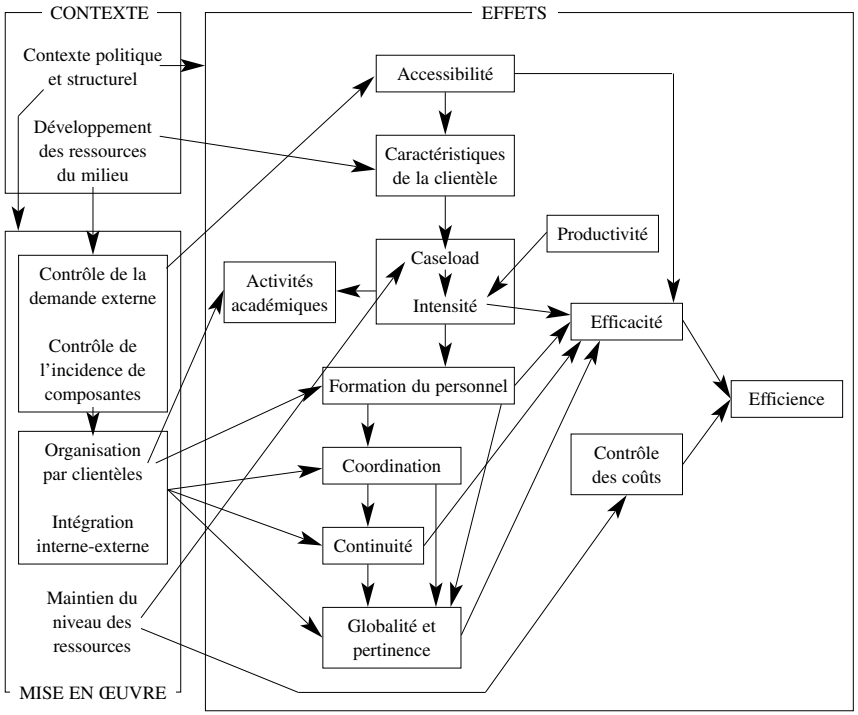
L'analyse de l'influence du contexte sur les effets de l'intervention suppose que l'impact d'une intervention peut être directement influencé par les caractéristiques contextuelles des milieux d'implantation (Conrad et Roberts-Gray, 1988 ; Roberts-Gray et Scheirer, 1988). En spécifiant les conditions de production des effets, elle accroîtra par le principe d'explication le potentiel de généralisation de l'étude (Mark, 1986 ; Tornatzsky et Johnson, 1982 ; Shortell, 1984 ; Patton, 1986). D'un point de vue méthodologique, elle permettra de comprendre les effets d'interaction identifiés par Campbell et Stanley (1966) comme une menace à la validité externe. Par effet d'interaction, on entend le rôle actif joué par un ensemble de variables autres que l'intervention (caractéristiques des intervenants et de l'organisation) dans la détermination des effets observés.

Le devis général de cette recherche est une étude de cas (Yin, 1984). La validité interne d'une étude de cas dépend de deux facteurs : la qualité et le niveau de détail de l'articulation théorique sous-jacente à l'étude et l'adéquation entre le mode d'analyse choisi et le modèle théorique (Yin, 1984). L'adoption d'un modèle théorique dans une étude de cas joue un rôle analogue aux degrés de liberté en analyse statistique (Campbell, 1975). En effet, les propositions du modèle compensent pour le problème inhérent à cette stratégie de recherche où le nombre de variables excède fortement le nombre de points d'observation (Yin, 1981, 1984). C'est le degré de conformité entre un ensemble de propositions théoriques dérivé d'un même modèle et la réalité empirique observée qui permet de poser un jugement sur la valeur de celui-ci. Dans une étude de cas, la stratégie d'analyse par « appariement de modèle » (Yin, 1984) implique la comparaison d'une configuration prédite à partir d'un modèle théorique avec une configuration empirique observée ; l'approche par « série temporelle » (Yin, 1984) consiste à formuler des prédictions, à partir d'un modèle théorique, sur l'évolution dans le temps d'un phénomène et à les comparer à la réalité empirique. Dans cette étude, nous avons combiné ces deux approches en comparant, à différents moments au cours de l'implantation, les prédictions générées à partir d'un modèle théorique de l'implantation avec la situation réelle du dispositif de soins.

La figure 1 représente ce modèle théorique de l'implantation de la réforme. Il s'agit d'un réseau de causalité illustrant les rapports entre les

effets désirés, le niveau de mise en œuvre et le contexte d'implantation de l'intervention. Des effets proximaux, c'est-à-dire découlant directement de la mise en œuvre (accessibilité, caractéristiques de la clientèle), entraînent à leur tour des effets plus distaux portant sur la production de services (caseload, intensité), sur les activités académiques, sur la formation du personnel, ainsi que sur la coordination, la continuité, la globalité et la pertinence des services. Des éléments de la mise en œuvre (organisation par clientèles, intégration interne-externe) influencent aussi directement certains effets plus distaux (activités académiques, formation du personnel, coordination, continuité, globalité et pertinence). Le modèle de l'implantation comprend aussi un ensemble d'hypothèses selon lesquelles plusieurs des effets mentionnés contribuent en fin de compte à améliorer l'efficacité et l'efficience du dispositif de soins. Par ailleurs, le contexte politique et structurel et le développement des ressources du milieu influencent à la fois le niveau de mise en œuvre et les effets attendus de la réforme.

Figure 1
Modèle de l'implantation de la réforme du dispositif de soins



Collecte des données

La plupart des données recueillies couvrent une période de quatre ans, soit deux ans avant l'implantation (septembre 1994) et deux ans après. Certains indicateurs ont également été mis à jour quatre ans après l'implantation (automne 1998). En ce qui concerne la mesure du niveau de mise en œuvre, les données portant sur l'assignation des ressources ont été tirées de documents administratifs du PAP et de l'Hôpital du Sacré-Cœur. Les données sur l'utilisation et sur la clientèle de l'urgence et des unités d'hospitalisation ont été extraites des bases de données informatisés de l'Hôpital (urgence, MED-ECHO) et les données sur l'utilisation et sur la clientèle des cliniques externes ont été extraites des bases de données informatisés du PAP (recensement des clientèles incluant les diagnostics et les professionnels traitants). Les données sur les flux de patients ont été obtenues à partir de recoupements entre les bases de données précédentes.

La plupart des sources de données utilisées pour l'analyse du niveau de mise en œuvre ont aussi été utilisées pour l'analyse des effets. Les données sur les activités en clinique externe ont été obtenues à partir des rapports quotidiens d'activité des professionnels. Des recoupements ont été effectués entre ces bases de données afin, entre autres, d'établir des profils détaillés d'utilisation de services par les clientèles et de production de services par les professionnels. De plus, un questionnaire destiné à l'ensemble des professionnels œuvrant auprès des clientèles adultes du PAP a été administré un an avant et deux ans après l'implantation. Au total, 176 professionnels du PAP reçurent le questionnaire. Le taux de réponse fut de 50,6% avant l'implantation et de 39,2 % après. Ces taux relativement faibles s'expliquent en partie par la complexité et par l'envergure du questionnaire. Toutefois, les différentes professions furent bien représentées dans l'échantillon, tant à l'externe qu'à l'interne. La première section du questionnaire concernait les caractéristiques professionnelles des répondants. La deuxième comportait deux parties. La première partie décrivait les assignations des répondants au sein du dispositif de soins ainsi que la distribution de leur temps de travail entre différents types d'activités professionnelles. La deuxième partie, adaptée de Mercier et al. (1990), servait à établir un profil d'activité professionnelle à partir d'une liste de 42 activités regroupées en six catégories : 1) évaluation et intervention en situation de crise, 2) traitements somatiques, 3) psychothérapie et thérapie de support, 4) activités psychosociales et de réadaptation, 5) activités administratives et 6) autres activités. La troisième section portait sur la fréquence des activités professionnelles en regard des services de soutien pour les patients

psychiatriques dans la communauté. Également adaptée de Mercier et al. (1990), elle était composée de 22 énoncés. Une quatrième section, adaptée de Kovess et Laflèche (1988), portait sur la satisfaction des répondants face à leur pratique. Elle comportait une trentaine de questions fermées décrivant les activités des membres des équipes de soins ainsi que leur niveau de satisfaction par rapport à ces activités. Afin de mesurer l'accessibilité géographique, nous avons eu recours à une base de données du Centre de recherche sur les transports de l'Université de Montréal. Les données sur les activités d'enseignement, de recherche et de formation ont été extraites des rapports annuels du service de l'enseignement du PAP et du département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

Les données concernant les aspects politiques et structurels du contexte d'implantation ont été obtenues par observation participante, par l'analyse de documents administratifs et par des entrevues semi-structurées réalisées auprès de plusieurs acteurs concernés par la réforme. Les grilles d'entrevue étaient basées sur le modèle structurel et politique du contexte d'implantation mentionné précédemment (Champagne et al., 1991 ; Denis et Champagne, 1990). Cinquante-six entrevues pré-implantation furent réalisées. Vingt-et-un psychiatres du PAP furent contactés, ainsi qu'un échantillon aléatoire de trois professionnels de chacun des groupes suivants : omnipraticiens, psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, infirmières des cliniques externes et infirmières des unités internes. Des gestionnaires du PAP, de l'Hôpital du Sacré-Cœur, des CLSC du secteur et des régies régionales furent également sollicités. Au total, cinq personnes refusèrent de participer aux entrevues pré-implantation, pour un taux de participation de 92%. Les 18 entrevues post-implantation furent effectuées auprès de personnes occupant des fonctions clinico-administratives et administratives au PAP et à l'Hôpital. Toutes les personnes contactées acceptèrent de participer.

Analyse

Nous avons d'abord procédé à une analyse de la mise en œuvre en termes d'assignation de ressources, de distribution de clientèles et de flux de patients entre les composantes du dispositif de soins. Nous avons ensuite procédé à une analyse des effets selon les dimensions suivantes : accessibilité, composition de la clientèle, production de services (caseload, intensité, productivité), activités académiques et formation du personnel, coordination, continuité, globalité et pertinence, efficacité et efficience. Les indicateurs portant sur chacune de ces dimensions seront

décrits lors de la présentation des résultats (Farand et al., 1999). Conformément à notre stratégie d'évaluation, les prédictions générées par le modèle théorique de la mise en œuvre et des effets ont ensuite été confrontées à la réalité empirique (approche par « appariement de modèle », Yin, 1984) ; nous avons aussi examiné l'influence du niveau de mise en œuvre sur l'évolution diachronique des effets (approche par « série temporelle », Yin, 1984).

L'analyse des données qualitatives portant sur le contexte politique et structurel de l'implantation a été réalisée selon une formule classique, telle que décrite par plusieurs auteurs comme Yin (1981) et Lofland (1971). Les données ont été extraites et regroupées en fonction de thèmes-traceurs (stratégies, objectifs, réactions, etc.) et d'entités organisationnelles comprenant professions, groupes de travail (équipes de programmes, comités administratifs, etc.), groupes d'intérêt (syndicats, cadres, professionnels, acteurs de l'environnement, etc.), coalitions (promoteurs de la réforme et opposants) et individus (chefs de services, chefs de programmes, administrateurs, etc.). Les données ont aussi été intégrées autour d'événements importants. Nous avons ensuite interprété les régularités, patterns et agrégats naturels de ces données, d'une part selon un mode déductif reposant sur le modèle théorique de l'implantation et, d'autre part, selon un mode inductif permettant de modifier ou de compléter le modèle.

Résultats

Historique de la mise en œuvre

Un comité d'implantation formé majoritairement de cliniciens dont plusieurs occupaient aussi des fonctions administratives au sein du dispositif de soins, reçut du chef du département de l'époque, le docteur Laurin, le mandat de coordonner l'élaboration des nouveaux programmes, de planifier l'attribution des ressources entre les programmes et de définir les mécanismes de transition vers le nouveau dispositif. Ce comité délégua l'élaboration des programmes à des psychiatres qui avaient développé un intérêt spécifique envers différents types de clientèles : la plupart de ces psychiatres allaient devenir responsables de ces programmes. Ils proposèrent des critères d'inclusion dans les programmes dont on se rendit vite compte qu'ils couvraient la quasi-totalité de la clientèle : l'idée initiale de maintenir un service de « psychiatrie générale » fut alors abandonnée, d'autant plus qu'aucun psychiatre n'avait accepté d'en prendre la responsabilité. Le comité d'implantation élargit plutôt les critères d'inclusion des programmes afin de couvrir

l'ensemble des diagnostics du DSM-III-R en tenant compte soit des « continuums de maladies mentales » (par exemple, le trouble de personnalité évitante fut inclus dans le programme des troubles anxieux), soit des types de services requis (par exemple, le retard mental fut inclus dans le programme des psychotiques chroniques). En évitant ainsi de disperser certaines clientèles entre les programmes, le comité d'implantation désirait faciliter le développement éventuel de nouveaux programmes à partir des ressources (et des clientèles) des programmes existants. Le terme de « clinique spécialisée » fut alors remplacé par celui de « programme clientèle ». Structurellement, l'organigramme du nouveau dispositif de soins correspondait ainsi à une classification de besoins de santé plutôt qu'à une classification de groupes professionnels. Les lignes d'autorité fonctionnelles furent cependant maintenues, le nouveau dispositif prenant ainsi la forme d'une organisation matricielle.

À partir d'un recensement de la clientèle suivie en externe et des données d'hospitalisation (tirées du système MED-ECHO), le comité d'implantation procéda à l'attribution des ressources professionnelles et matérielles (locaux et lits d'hospitalisation) entre les composantes du nouveau dispositif. Puisque les psychiatres responsables n'avaient pu quantifier les interventions qui seraient offertes dans leurs nouveaux programmes, le comité dut attribuer les ressources en fonction du nombre de patients pondéré selon le niveau fonctionnel moyen de chaque groupe diagnostique (volets externes des programmes) ou en fonction de l'utilisation des lits d'hospitalisation (volets internes des programmes) dans l'ancien dispositif. En ce qui concerne les ressources externes, cette base de calcul, visant l'équité du caseload moyen pondéré, fut jugée préférable aux données d'utilisation puisque, dans l'ancien dispositif, les clientèles les plus lourdes étaient également celles qui recevaient le moins de services. Une fois établi le niveau global des ressources de chacun des programmes, on procéda aux assignations individuelles. L'attribution des ressources au Module d'évaluation-liaison (MEL) – une composante du dispositif de soins chargée de l'évaluation initiale des nouveaux patients – fut basée sur la mesure de l'incidence des nouveaux patients dans l'ancien dispositif de soins.

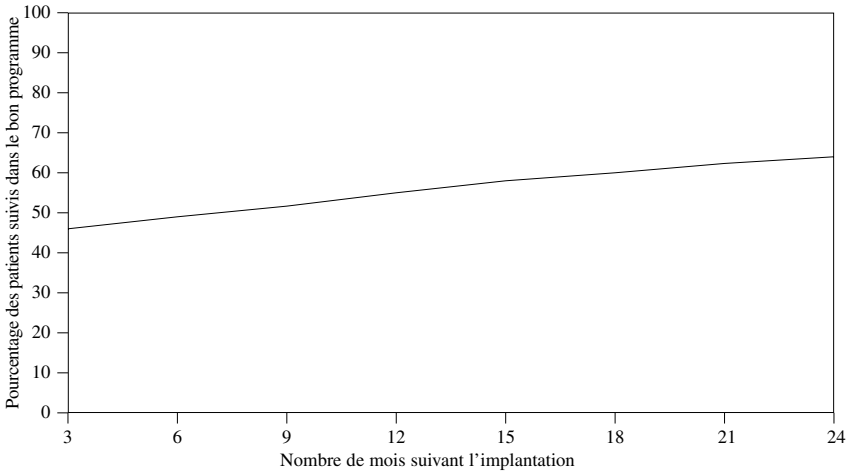
Au « jour J » (le 19 septembre 1994), correspondant à l'entrée en fonction du MEL et des nouveaux programmes, les professionnels prirent leurs nouvelles assignations en conservant cependant la clientèle qu'ils suivaient dans l'ancien dispositif afin d'éviter que les patients ne changent à la fois de thérapeute et de lieu de suivi. Le transfert des patients vers les programmes correspondant à leur diagnostic devait

s'effectuer progressivement au cours des deux années suivantes. Ce mode de transition permettait de mettre en œuvre rapidement l'ensemble des changements structurels liés à la réforme tout en minimisant les inconvénients pour la clientèle. Les professionnels étant dès le départ regroupés au sein des nouveaux programmes, on allait aussi être en mesure de développer progressivement les nouvelles approches préconisées par les promoteurs de la réforme au fur et à mesure de la différenciation des clientèles. Cependant, les programmes n'avaient au début rien de spécifique puisque leur clientèle était encore hétérogène et que les équipes n'avaient pas encore adopté de nouveaux modes de pratique. On pouvait donc prévoir que plusieurs des effets attendus de la réforme allaient mettre un certain temps à se manifester. La période d'observation post-implantation de deux ans dont nous avons disposé pour cette étude aura sans doute été trop courte pour nous permettre de poser un jugement définitif sur l'impact de la réforme. Cette évaluation doit donc être considérée comme essentiellement formative.

Analyse du niveau de mise en œuvre

Le modèle théorique de l'implantation (figure 1) prévoyait le remplacement des cliniques de secteur par les programmes clientèles. Nous avons constaté que l'ensemble des ressources humaines œuvrant dans les cliniques de secteur fut bel et bien redéployé dans les programmes du nouveau dispositif de soins. Ceci fut accompagné d'une certaine redistribution du personnel de l'interne vers l'externe (environ 10 %). Étant donné le mécanisme de transition décrit à la section précédente, nous avons également estimé le niveau de mise en œuvre des programmes en examinant la différenciation progressive des clientèles dans les programmes. En effet, sous l'influence conjointe des transferts inter-programmes et de l'arrivée de nouveaux patients bien classés en provenance du MEL et des unités d'hospitalisation, la clientèle de chaque programme devait devenir de plus en plus homogène à la suite de l'implantation. La figure 2 représente la proportion de patients bien classés (c'est-à-dire correspondant aux critères d'admission des programmes) dans l'ensemble des programmes clientèles du dispositif de soins au cours des deux années suivant l'implantation. À la fin de la période d'observation, environ 60 % de la clientèle correspondait aux critères d'admission des programmes dans lesquels elle était suivie : la mise en œuvre du nouveau dispositif n'était donc pas encore terminée, le début de la période de transfert ayant été retardé de quelques mois et certains thérapeutes, désireux de maintenir une pratique de psychiatrie générale, hésitant à transférer certains de leurs patients.

Figure 2
Proportion de la clientèle des programmes correspondant aux critères d'admission au cours des deux années suivant l'implantation



Le modèle de l'implantation prévoyait aussi une intégration interne-externe. Ainsi, l'organigramme du nouveau dispositif de soins abolissait la distinction interne-externe en plaçant chacun des programmes sous l'autorité d'un seul responsable. Les nouveaux programmes ont cependant maintenu pour leurs opérations une composante interne (unité d'hospitalisation) et une autre externe faisant appel à du personnel distinct. Cela était dû en partie à la complexité logistique d'une pratique professionnelle s'exerçant dans les deux milieux ; d'autre part, certaines conventions collectives maintenaient une distinction entre les postes de l'interne et de l'externe. Finalement, des différences culturelles entre ces milieux ont également contribué au maintien du cloisonnement. La mise en œuvre de l'intégration des volets interne et externe des programmes ne s'est donc réalisée que très partiellement. Nous y reviendrons lors de l'analyse de la continuité des services. Il est intéressant de noter que le niveau d'intégration interne-externe avait été meilleur au cours des premières années du modèle de psychiatrie communautaire (Amyot et Lavoie, 1976).

Le modèle de l'implantation prévoyait également le maintien du niveau des ressources. La mise en œuvre de la réforme permit cependant de réduire initialement le niveau des ressources matérielles puisque certains locaux des anciennes cliniques de secteur purent être

abandonnés : il y avait en effet moins de programmes clientèles dans le nouveau dispositif de soins que de cliniques de secteur dans l'ancien. Nous verrons aussi que la réforme entraîna une réduction des durées de séjour à l'interne et donc une réduction du taux d'occupation des lits, ce qui permit à la direction de l'Hôpital de fermer 24 lits d'hospitalisation vers la fin de la période d'observation. Cette fermeture de lits prit les promoteurs de la réforme par surprise puisqu'ils n'avaient mis en œuvre aucune stratégie explicite de réduction des durées de séjour. On peut donc raisonnablement supposer dans ces circonstances que cette réduction de l'utilisation de l'hospitalisation découlait en grande partie de certains effets plus proximaux de la réforme. Les promoteurs, mécontents de cette fermeture de lits, durent cependant reconnaître qu'ils avaient en quelque sorte été victimes de leur propre succès. Ainsi, contrairement à ce qui avait été prévu, la réforme du dispositif de soins permit de réduire le niveau des ressources. Cela ne peut être considéré comme un effet contextuel indépendant de la réforme puisque la fermeture ne venait qu'éliminer une capacité excédentaire générée par la réforme.

Le modèle prévoyait que le MEL et l'hospitalisation remplaceraient, pour les programmes clientèles du nouveau dispositif, l'accès direct aux cliniques de secteur qui prévalait auparavant, et permettraient de contrôler l'incidence des clientèles vers les programmes. Nous avons examiné le cheminement, à travers les composantes du nouveau dispositif, des 1225 nouveaux patients admis dans les programmes clientèles à la suite de l'implantation du MEL. Ces analyses indiquent que le MEL et l'hospitalisation ont constitué la porte d'entrée du dispositif de soins et ont géré l'incidence des clientèles vers les programmes pour plus de 75% des nouveaux patients.

Le modèle prévoyait aussi que le MEL pourrait absorber la demande en provenance de la première ligne et qu'il parviendrait à contrôler l'incidence vers les programmes en favorisant l'articulation avec la première ligne. Au cours de la période d'observation, 3043 patients se sont adressés au MEL, 1594 au cours de la première année et 1449 au cours de la deuxième. Parmi ces patients, 51 % furent référés au dispositif de soins du PAP (54 % la première année et 48 % la deuxième), les autres étant référés aux services de première ligne (dont 17 % aux omnipraticiens du secteur et 3 % aux CLSC) et à certaines ressources spécialisées. Nous ne disposons cependant pas de données comparatives valides provenant de l'ancien dispositif de soins.

Analyse du contexte d'implantation : développement des ressources du milieu

Le modèle du contexte d'implantation (figure 1) prévoyait que les ressources de première ligne allaient se développer parallèlement à la réforme du dispositif, ce qui devait leur permettre d'assurer le suivi d'une certaine proportion de la clientèle du PAP qui ne nécessitait pas de services de deuxième ligne. Le nombre de congés des cliniques de secteur et des programmes clientèles augmenta de façon importante mais transitoire autour de la période d'implantation. Cependant, environ 40 % des patients qui avaient reçu leur congé des cliniques de secteur au cours des deux années précédant l'implantation se présentèrent de nouveau au MEL et furent dirigés vers les programmes clientèles. Il semble donc que ces patients n'aient pas réussi à obtenir les services nécessaires en première ligne et soient ainsi revenus au PAP par la suite.

Ce phénomène pourrait s'expliquer par une articulation insuffisante entre le PAP et les ressources de première ligne mais aussi par le faible développement des ressources de première ligne au cours de la période d'observation. En effet, les entrevues avec les responsables des CLSC, des organismes communautaires et de la Régie régionale de Montréal-Centre, ainsi que l'analyse des rapports annuels de ces organismes n'ont pas révélé d'augmentation des ressources ni des niveaux d'activité en santé mentale au cours de cette période. De plus, des représentants des organismes communautaires et des CLSC avaient explicitement manifesté leur réticence face à des transferts de clientèle vers la première ligne, craignant de voir leur charge de travail augmenter en l'absence de ressources supplémentaires. Plus récemment toutefois, les CLSC ont commencé à établir des programmes de santé mentale qui pourraient leur permettre d'assurer certains services.

Nous reviendrons plus loin sur les aspects politiques et structurels du contexte d'implantation.

Analyse des effets

Accessibilité

Nous avons utilisé l'incidence des nouveaux patients comme indicateur de l'accessibilité organisationnelle. Celle-ci avait diminué de façon importante au cours de la période précédant l'implantation, en partie à cause d'une diminution des activités d'évaluation par les professionnels des cliniques de secteur qui ne désiraient pas voir augmenter leur clientèle pour devoir s'en départir par la suite. Dès l'ouverture du MEL, on observa une forte croissance de l'incidence pouvant en partie

s'expliquer par un épuisement des listes d'attente constituées au cours de la période précédente. L'incidence a ensuite diminué à partir du neuvième mois suivant l'implantation. Globalement, l'incidence des nouveaux patients a augmenté suivant l'implantation, reflétant une amélioration de l'accessibilité organisationnelle.

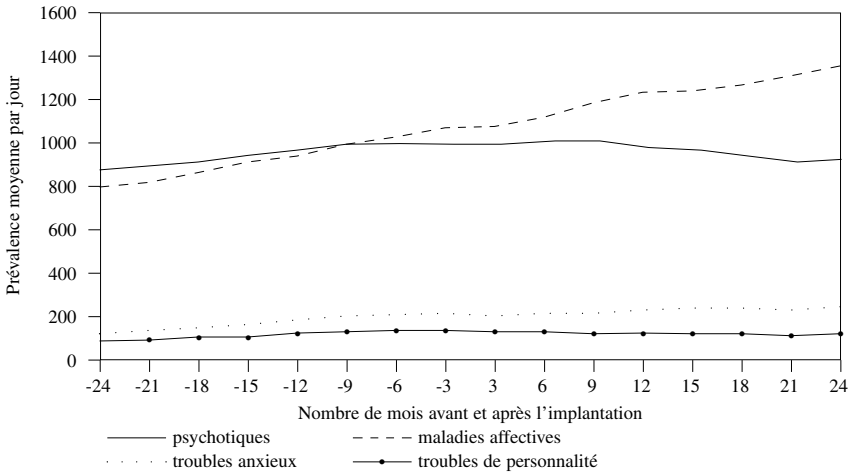
Le remplacement des cliniques de secteur par les programmes clientèles faisait craindre une réduction de l'accessibilité géographique en raison de la diminution du nombre de points de service. Le temps de déplacement moyen entre le domicile du patient et son point de service en externe est passé de 55,4 minutes à 58,0 minutes à la suite de l'implantation, une augmentation non significative. L'accessibilité géographique n'a donc pas été affectée par la réforme.

En ce qui concerne l'accessibilité temporelle, les durées d'attente pour une évaluation au MEL puis pour un premier rendez-vous dans un programme clientèle se sont maintenues à environ deux semaines après l'implantation de la réforme, ce qui représente une amélioration très importante de l'accessibilité en comparaison avec l'ancien dispositif où les durées d'attente pour un premier rendez-vous en clinique externe étaient d'environ deux mois. En entrevue, la majorité des répondants ayant abordé le sujet (13/19) se sont dits par ailleurs très satisfaits de la réduction du nombre de clients inscrits sur les listes d'attente des cliniques externes et de la réduction des durées d'attente.

Caractéristiques de la clientèle

Le modèle suggérait que la gestion de l'accessibilité et le transfert d'une partie des patients vers les ressources de première ligne entraîneraient une modification de la composition de la clientèle du PAP. On s'attendait à une diminution de la clientèle totale et à une augmentation de la gravité moyenne des cas. La figure 3 représente la prévalence des patients suivis en externe par catégories diagnostiques (obtenue à partir de la base de données sur les clientèles du PAP) : contrairement aux prévisions, on observe une augmentation de la clientèle, surtout en ce qui concerne les troubles de l'humeur et les troubles anxieux. Bien que nous n'ayons pas mesuré le niveau fonctionnel de la clientèle, on peut supposer qu'il a augmenté, contrairement aux prévisions encore une fois, avec une augmentation de la proportion des clientèles « légères » (troubles de l'humeur et troubles anxieux). L'amélioration non sélective de l'accessibilité au dispositif de soins, l'insuffisance des ressources de première ligne et le manque d'articulation entre le PAP et ces ressources, ainsi qu'une rétention de la clientèle dans le programme des maladies affectives peuvent expliquer ce phénomène.

Figure 3
Prévalence de la clientèle suivie en externe par catégories diagnostiques



Disponibilité (caseload), productivité des ressources et intensité des interventions

Le modèle prévoyait que la réduction du volume global de la clientèle suivie en externe entraînerait en présence d'un niveau de ressources professionnelles stable une diminution du caseload moyen (nombre de patients/ETC) et donc une augmentation de la disponibilité des ressources. En maintenant un niveau de productivité clinique constant (services/ETC), cela devait permettre d'augmenter l'intensité des interventions (services/patient) auprès de la clientèle suivie dans le dispositif de soins et de consacrer plus de temps aux activités académiques et à la formation.

Contrairement aux prévisions, le caseload moyen s'est accru et l'intensité moyenne des interventions a diminué : le niveau global des ressources professionnelles, en effet, a légèrement diminué et le volume de clientèle a augmenté de façon importante en présence d'une productivité clinique stable. Le caseload moyen est donc passé de 53 à 66 patients/ETC au cours des deux années qui ont suivi l'implantation, la majeure partie de cette augmentation ayant été assumée par les psychiatres et par le programme des troubles de l'humeur. Par ailleurs, les promoteurs de la réforme ont maintenu un caseload moyen supérieur d'environ 40 % à celui des autres professionnels. Par rapport aux

anciennes cliniques de secteur, on observe une moindre variation de caseload entre nouveaux programmes, résultat du mode d'attribution des ressources par le comité d'implantation.

Le caseload n'est cependant pas un bon indicateur de la charge de travail des professionnels puisqu'il ne tient pas compte du niveau fonctionnel des clientèles, ni de l'intensité des interventions qui leur sont destinées. Ainsi, à la fin de la période d'observation, l'intensité (services/patient) des interventions destinées aux clientèles psychotiques était de 120 % supérieure à l'intensité des interventions destinées aux clientèles souffrant des troubles de l'humeur. Par ailleurs, la productivité clinique (services/ETC) des professionnels œuvrant auprès des patients psychotiques était de 55 % supérieure à celle des professionnels du programme des troubles de l'humeur. Les entrevues ont d'ailleurs révélé que les premiers se plaignaient d'une charge de travail trop élevée alors que les seconds, peu désireux d'aller travailler auprès des patients psychotiques, avaient tendance à retenir leur clientèle afin d'améliorer leur profil de production.

Ces résultats suggèrent une répartition inadéquate des ressources professionnelles entre les programmes destinés respectivement aux clientèles lourdes (psychotiques) et légères (troubles de l'humeur). Ce problème avait été pressenti par le comité d'implantation qui avait dû se résoudre à attribuer les ressources professionnelles sans tenir compte de l'intensité prévue des interventions que les responsables des programmes n'avaient pu quantifier. Cependant, alors que l'intensité des interventions dans l'ancien dispositif variait dans le même sens que le niveau fonctionnel des clientèles (plus on était « malade », moins on recevait de services et inversement), nos résultats indiquent que cette tendance a été renversée à la suite de la réforme.

Activités académiques (recherche et enseignement)

Le modèle de l'implantation prévoyait que les activités académiques pourraient se développer parce que les professionnels disposeraient de plus de temps à y consacrer et surtout parce que les regroupements de clientèles homogènes au sein des programmes favoriseraient directement de telles activités. Nos résultats indiquent qu'en moyenne les professionnels n'ont pas consacré une plus grande proportion de leur temps aux activités académiques. Une analyse fine révèle toutefois que seule une minorité, surtout parmi les psychiatres, consacrait du temps à la recherche et à l'enseignement et que plusieurs avaient augmenté leurs activités académiques avec la réforme malgré une augmentation de leur charge de travail clinique.

Le tableau 1 représente l'évolution des produits de la recherche avant et après l'implantation du nouveau dispositif. Nous n'avons considéré ici que la production des psychiatres œuvrant dans le dispositif adulte, soit ceux qui ont été directement concernés par la réforme. Ces données doivent être interprétées avec prudence. Par exemple, les 32 chapitres publiés au cours de la troisième année suivant l'implantation étaient contenus dans deux livres publiés par des psychiatres du PAP cette année-là mais dont la rédaction avait été entreprise quelques années auparavant. On ne peut donc postuler une relation de cause à effet entre l'augmentation apparente du nombre de publications et la réforme du dispositif bien qu'un de ces livres, portant sur les maladies affectives, ait impliqué plusieurs psychiatres œuvrant au sein du programme des troubles de l'humeur. La subvention de 600000 $ correspondait à la création d'un chaire de recherche en psychopharmacologie financée par l'industrie pharmaceutique (cette subvention était en fait de 200000 $ par année sur une période de trois ans ; au moment de mettre sous presse, cette subvention avait été portée à 900000 $). La création de cette chaire aura probablement été favorisée par la réforme qui regroupait les patients par catégories diagnostiques, facilitant ainsi la constitution de cohortes pour la recherche. Les entrevues ont révélé que ces cohortes suscitaient beaucoup d'intérêt de la part de chercheurs extérieurs au PAP et pourraient à terme entraîner d'autres projets de collaboration. Globalement, la réforme ne semble pas avoir entraîné une augmentation importante des activités de recherche au cours de la période d'observation. Cependant elle a contribué à créer un contexte favorable au développement de telles activités.

Tableau 1
Articles, résumés publiés, chapitres de livres et subventions de recherche avant et après l'implantation

Recherche	**- 2 ans**	**- 1 an**	**+ 1 an**	**+ 2 ans**	**+ 3 ans**
Articles	7	3	0	3	4
Résumés	1	4	1	1	5
Chapitres	1	0	3	2	32
Subventions	138 000 $	137 000 $	134 000 $	281 000 $	600 000 $

En ce qui concerne les activités d'enseignement, le nombre de résidents en psychiatrie est passé d'une moyenne annuelle de 15,5 au cours des trois années précédant la réforme à une moyenne de 21,3 au cours des trois années suivantes. Ces résultats suggèrent que la réforme

a augmenté la capacité du PAP à attirer les résidents par rapport aux autres départements de psychiatrie de la région. Ces résultats sont d'autant plus intéressants que ce groupe est fort bien positionné pour comparer les différents milieux académiques. Les entrevues ont révélé que l'organisation du dispositif de soins par programmes destinés à des clientèles spécifiques semble avoir été un facteur d'attraction important. Par ailleurs, le nombre annuel moyen de stagiaires par discipline professionnelle non médicale a augmenté légèrement après la réforme, surtout en nursing. Par contre, le nombre de stagiaires en ergothérapie a diminué. Les entrevues ont révélé que l'organisation par programmes clientèles n'était pas aussi attrayante pour toutes les disciplines.

Formation du personnel

Le modèle ne prévoyait aucune stratégie explicite de formation du personnel pour appuyer la réforme. C'était plutôt l'organisation par clientèles qui devait favoriser l'évolution des connaissances en réduisant l'éventail des besoins auxquels les professionnels auraient à répondre et en les mettant en contact avec des psychiatres qui auraient développé des approches cliniques spécifiques. On prévoyait donc que la compétence du personnel évoluerait « par osmose » sous l'influence des psychiatres au sein des programmes et que des activités de formation seraient organisées à ce niveau. Les données d'entrevues laissent entendre que des activités de formation furent effectivement organisées au sein de certains programmes. Par ailleurs, les activités de formation destinées à l'ensemble du personnel s'alignèrent progressivement sur les objectifs de la réforme. L'absence d'une stratégie globale de formation du personnel aura sans doute contribué à réduire ou à retarder les effets plus distaux de la réforme touchant directement les pratiques professionnelles.

Coordination

Le modèle prévoyait que l'organisation par programmes et la formation du personnel – portant en particulier sur l'utilisation de « plans de services individualisés » – allaient augmenter le niveau de coordination du dispositif. Nous avons utilisé des indicateurs de coordination des activités cliniques, tirés des questionnaires destinés aux professionnels, portant sur le niveau de planification du traitement, sur la durée et la formalisation des rencontres multidisciplinaires et sur l'utilisation de « plans de services individualisés » (PSI). Nous n'avons observé aucune différence significative de ces indicateurs de coordination par suite de l'implantation. Cependant, certaines tendances semblaient se dégager. Ainsi, à l'exception du temps consacré aux rencontres multidisciplinaires, tous les indicateurs de coordination ont augmenté à l'interne

et diminué (légèrement) à l'externe. Le temps consacré aux rencontres multidisciplinaires a cependant diminué, tant à l'interne qu'à l'externe. Les entrevues ont fait ressortir que certains professionnels considéraient que les réunions multidisciplinaires consommaient trop de temps, un temps qui aurait pu être utilisé à meilleur escient selon eux dans les services directs aux patients. Par ailleurs, l'implantation du MEL a pu réduire le temps consacré aux réunions d'évaluation à l'externe sans pour autant que cela ne corresponde à une réduction du niveau de coordination. Plusieurs raisons peuvent expliquer que certains effets de la réforme se soient manifestés précocement ou de façon plus intense à l'interne : les changements reliés à la réforme y ont en effet entraîné moins de bouleversements ; le personnel y œuvrant était en général plus favorable à la réforme ; ces équipes comptaient moins de disciplines différentes ; la complexité des cas y nécessitait un plus haut niveau de coordination qu'à l'externe, etc. Ainsi, la réforme semble avoir eu un effet mitigé quant à la coordination des activités cliniques dans les programmes. Par ailleurs, la normalisation par le MEL des processus d'évaluation et de référence des nouveaux patients a représenté une amélioration importante du niveau de coordination des activités cliniques.

En ce qui concerne la coordination administrative, les psychiatres promoteurs de la réforme, nommés aux postes de contrôle dans le nouveau dispositif, avaient pu se familiariser, au cours de la période de planification, avec certaines méthodes de gestion quantitative et avaient pu apprécier leur utilité. Plusieurs psychiatres continuèrent à utiliser certaines de ces méthodes après l'implantation. Ainsi, on continua à maintenir à jour le recensement des clientèles et le caseload des intervenants, on établit une base de données sur les activités du MEL et de l'urgence et on améliora la gestion des durées de séjour à l'interne. Au niveau des comités où se négociaient l'organisation des services et l'attribution des ressources, l'utilisation croissante de données quantitatives permit aux psychiatres, auxquels s'étaient ralliés les infirmières, d'augmenter leur niveau de contrôle sur la gestion du dispositif de soins. À l'exception des aspects budgétaires, la gestion par programmes devint donc prépondérante par rapport à la gestion fonctionnelle et disciplinaire qui prévalait auparavant.

Nous l'avons mentionné, le modèle prévoyait que le niveau de coordination allait s'améliorer à travers la formation du personnel et la mise en œuvre des programmes clientèles. La formation devait favoriser l'utilisation des PSI mais aucune activité de formation systématique ne fut réalisée en ce sens : ces instruments de coordination des activités cliniques ne furent donc pas implantés. Par contre, le processus de plani-

fication et de mise en œuvre de la réforme permit d'augmenter l'implication des psychiatres dans la gestion du dispositif.

Continuité

Les indicateurs de continuité des services (tirés des questionnaires destinés aux professionnels) portaient sur la participation aux réunions multidisciplinaires des professionnels œuvrant dans les volets interne et externe des programmes et sur leurs contacts avec les ressources extérieures au PAP (continuité informationnelle), ainsi que sur les contacts des professionnels de l'externe avec les patients hospitalisés et avec les patients peu coopératifs (continuité relationnelle). L'implantation du nouveau dispositif n'a entraîné aucune différence significative pour ces indicateurs. Toutefois, la continuité relationnelle semble présenter une certaine tendance à la hausse après l'implantation.

La présence simultanée d'intervenants de l'interne et de l'externe aux réunions multidisciplinaires (continuité informationnelle) reste un phénomène isolé, les intervenants de l'externe passant moins de 5 % de leur temps à l'interne. Ces résultats suggèrent encore une fois que l'intégration interne-externe proposée dans la réforme s'est assez peu réalisée au cours de la période d'observation. C'est ce qui ressort également des entrevues, sauf pour un programme (jeunes schizophrènes) où cette articulation est décrite comme excellente. Il semble toutefois qu'on ait commencé d'améliorer la préparation du suivi post-hospitalisation en avertissant plus fréquemment les thérapeutes externes du congé de leurs patients et en s'assurant que les patients aient obtenu un rendez-vous en externe avant leur congé. Les entrevues font également ressortir la satisfaction des acteurs quant à la circulation de l'information entre le MEL et l'urgence, entre l'urgence et les programmes clientèles et entre l'urgence et les unités d'hospitalisation. L'implantation du MEL, qui introduit un étape supplémentaire dans la prise en charge initiale des patients, peut être considérée comme un compromis favorisant l'accessibilité, la coordination et la pertinence aux dépens d'une certaine réduction de la continuité.

Le modèle prévoyait que la continuité des services s'améliorerait par l'intégration des volets interne et externe des programmes et par l'utilisation des PSI : à la fin de la période d'observation, cela ne s'était pas encore réalisé. Par ailleurs, il ne prévoyait pas de mécanisme explicite d'articulation entre les programmes clientèles et les ressources du milieu. Il n'est donc pas étonnant que l'on n'ait pas observé de changement à cet égard. Il semble même que la réforme n'ait pas permis de revenir au niveau de continuité qui prévalait au cours des premières

années (1975-1980) suivant l'implantation du modèle antérieur de psychiatrie communautaire (Amyot, 1976).

Modes de pratique professionnelle : globalité et pertinence

La globalité des soins implique une diversification et une différenciation des activités cliniques et des modalités d'intervention permettant de répondre aux différents types de besoins de la clientèle. Par ailleurs, le concept de globalité est indissociable du concept de pertinence puisqu'il ne s'agit pas de multiplier les type d'activités et les modalités d'intervention indépendamment de leurs indications cliniques. On peut donc considérer la globalité, qui porte sur la correspondance entre un ensemble de besoins et un ensemble d'interventions, comme une forme agrégée de la pertinence qui porte sur la correspondance entre un besoin particulier et une intervention particulière. Une autre dimension de la pertinence porte sur la correspondance entre les services et les caractéristiques des professionnels qui les dispensent. Nous avons donc examiné les rapports entre les ressources professionnelles, les interventions et les caractéristiques de la clientèle afin d'estimer dans quelle mesure l'évolution de ces rapports semble congruente avec les objectifs de la réforme.

Le modèle de l'implantation prévoyait l'amélioration de la globalité et de la pertinence des interventions sous l'influence de différents mécanismes. Premièrement, le renforcement du modèle bio-psychosocial de la psychiatrie devait permettre de diversifier les interventions afin de couvrir les besoins de la clientèle à différents niveaux systémiques. Deuxièmement, la formation du personnel devait favoriser le développement de compétences spécifiques à chaque discipline en fonction des services à prodiguer selon les besoins particuliers des clientèles. Troisièmement, la coordination des services par l'utilisation de PSI devait permettre d'une part d'améliorer la correspondance entre les besoins des patients et les interventions professionnelles et, d'autre part, de préciser les types d'interventions effectuées par des professionnels appartenant à différentes disciplines. Quatrièmement, le regroupement de clientèles plus homogènes au sein des programmes et l'attribution différentielle des ressources professionnelles devaient favoriser la spécificité des interventions en fonction des besoins et réduire, en comparaison avec des programmes de psychiatrie générale comportant une clientèle hétérogène, la variété des compétences requises pour effectuer l'ensemble des interventions destinées à chaque type de clientèle.

Nous avons constaté qu'à la suite de l'implantation, la composition disciplinaire des équipes de programmes s'est ajustée aux caractéristiques des différentes clientèles : les programmes destinés aux patients

psychotiques, par exemple, ont impliqué une plus grande proportion de travailleurs sociaux et d'ergothérapeutes, alors que la majorité des psychologues se sont retrouvés dans les autres programmes. Cependant, le questionnaire destiné aux professionnels a révélé que les modes de dispensation des services au sein des équipes ne semblaient pas avoir été affectés significativement par la réforme. On n'a pas non plus observé d'augmentation significative de la variété des interventions. La proportion des activités somatiques (psychopharmacologie) s'est toutefois accrue de façon générale. En regard des modalités d'intervention, on a observé une légère tendance à l'augmentation des interventions de groupe mais une absence persistante d'interventions prodiguées dans les milieux de vie des patients. Les profils de pratique des différentes disciplines se sont assez peu modifiés, les psychiatres augmentant un peu leurs activités somatiques et les infirmières et travailleurs sociaux un peu leurs activités psychosociales et de réadaptation. La plupart des groupes professionnels ont continué à investir la majorité de leur temps dans des activités psychothérapeutiques et de soutien. On a aussi observé que les professionnels œuvrant au sein des programmes destinés aux patients psychotiques consacraient plus de temps aux activités psychosociales et de réadaptation que les professionnels œuvrant auprès des clientèles du continuum affectif, mais cela ne correspond pas nécessairement à un changement de pratique puisque nous ne connaissons pas les profils de services par clientèle ayant cours dans l'ancien dispositif.

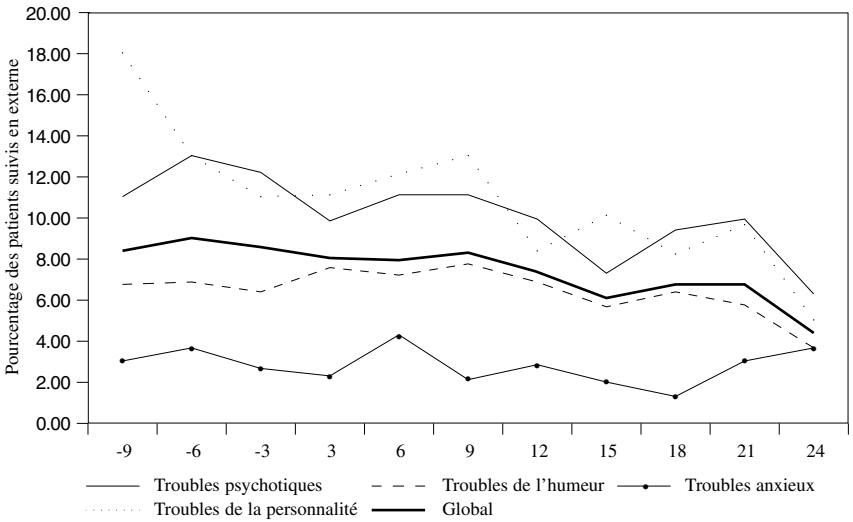
Ainsi, avec la réforme, la composition disciplinaire des équipes de programmes semble s'être ajustée aux caractéristiques de la clientèle sans toutefois entraîner de changements significatifs dans les modes de pratique. Cela peut être dû au manque de spécificité de nos instruments de mesure ou à une période d'observation trop courte. Cependant, les éléments du modèle de l'implantation qui devaient entraîner de tels changements de pratique ne se sont pas tous réalisés. Le paradigme bio-psychosocial n'était pas toujours compatible avec l'identité professionnelle des acteurs, qui ne l'ont pas tous adopté avec le même enthousiasme. Par ailleurs, nous avons vu que ni la formation professionnelle, ni la coordination des services au moyen des PSI ne s'étaient développées tel que prévu, du moins au cours de la période d'observation. L'évolution des pratiques professionnelles devait donc reposer surtout sur un facteur structurel (l'organisation du dispositif de soins par programmes clientèles) peu susceptible de provoquer de tels changements sur une courte période de temps.

Efficacité

L'efficacité *d'utilisation* est la capacité d'une intervention à améliorer l'état de santé d'une clientèle (c'est-à-dire des utilisateurs de

l'intervention) dans un contexte réel de production de services. Dans le modèle, cette efficacité devait reposer sur la pertinence des interventions, leur globalité, leur continuité, leur intensité et leur accessibilité pour la clientèle visée. Ne disposant pas de données sur l'état de santé de la clientèle autres que les diagnostics psychiatriques, nous n'étions pas en mesure d'estimer directement cette efficacité. Nous avons donc utilisé le taux de fréquentation de l'urgence du PAP par la clientèle suivie dans le dispositif puisque cette mesure pouvait être influencée par les mêmes effets *proximaux* de la réforme susceptibles, selon le modèle, d'améliorer l'efficacité d'utilisation. Ce taux de fréquentation a effectivement diminué après l'implantation, tel qu'illustré à la figure 4. Cependant, cet indicateur n'est valide que si l'on contrôle la gravité des cas. Or, nous ne disposons pas de données à ce sujet. On pourrait par exemple supposer que la gravité des cas suivis au programme des maladies affectives s'est allégée sous l'effet d'une amélioration de l'accessibilité au dispositif pour la clientèle de première ligne : la diminution du taux de fréquentation de l'urgence observée pour cette clientèle pourrait ne refléter que cet allégement. Cependant, la fréquentation de l'urgence par les patients du continuum psychotique a également diminué, ce qui suggère une amélioration globale de l'efficacité du dispositif de soins pour cette clientèle.

Figure 4
Proportion des patients suivis dans les cliniques de secteur et dans les programmes clientèles, par catégories diagnostiques, qui se sont présentés à l'urgence par périodes de trois mois



L'efficacité *populationnelle* est la capacité d'une intervention d'améliorer l'état de santé d'une population (par opposition à une clientèle d'utilisateurs de services). Nous ne disposons pas des données qui nous permettraient d'évaluer cette efficacité pour le nouveau dispositif, ce qui n'était d'ailleurs pas l'objet de cette étude. Cependant, on peut émettre l'hypothèse que l'augmentation importante de la prévalence des patients souffrant de maladies affectives y a entraîné une meilleure prise en charge de ces patients que ce n'aurait été le cas s'ils avaient été suivis en première ligne, puisque l'on peut raisonnablement considérer que le niveau de formation des professionnels du PAP est en général supérieur à celui des intervenants de première ligne.

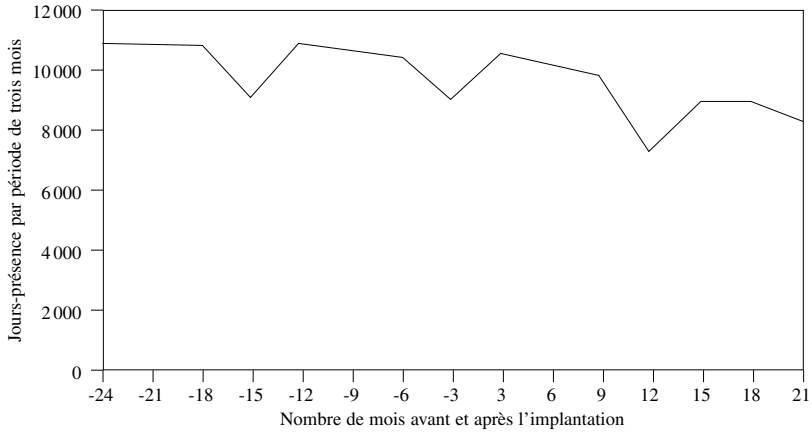
Efficience

Le modèle des effets prévoyait que l'efficience du dispositif s'améliorerait en accroissant sa performance en présence de ressources constantes. Or, la grande majorité des indicateurs de performance que nous avons examinés jusqu'à maintenant soit sont restés stables après l'implantation soit ont montré une amélioration, parfois importante (accessibilité). La réduction de la fréquentation de l'urgence par les clientèles suivies dans les volets externes des programmes suggère aussi une amélioration de la performance du dispositif. Par ailleurs, malgré l'augmentation du nombre de patients suivis dans le dispositif, l'utilisation de l'hospitalisation a diminué après l'implantation, tel qu'illustré à la figure 5. Les durées de séjour ont été réduites, surtout en courte durée, passant de 40,1 jours en moyenne au cours des deux années précédant l'implantation à 30,4 au cours des deux années suivantes, ce qui a permis la fermeture de 24 lits d'hospitalisation par l'Hôpital vers la fin de la période d'observation. Malgré cette diminution des durées de séjour, les taux de réhospitalisation sont demeurés constants à 1,2 hospitalisation/patient/année. Puisqu'aucune stratégie explicite de réduction des durées de séjour n'avait été mise en œuvre au cours de la période d'observation, on peut raisonnablement attribuer cette réduction imprévue de l'hospitalisation aux effets cumulatifs de la réforme. L'importance de cette réduction des durées de séjour (environ 25 %), supérieure à la tendance provinciale, appuie également cette hypothèse. Par ailleurs, à la suite de l'implantation, les durées de séjour des patients suivis en externe dans les programmes correspondant à leurs diagnostics ont été en moyenne plus courtes que celles des autres patients. Cela suggère également un effet de la réforme sur la réduction du recours à l'hospitalisation. Le maintien ou l'amélioration de la performance globale du dispositif de soins accompagné par la création d'une capacité excédentaire (éliminée ensuite par la fermeture de lits)

suggèrent que la réforme a bel et bien entraîné une augmentation de l'efficience du dispositif de soins.

Figure 5

Jours-présence des patients hospitalisés par période de trois mois



Analyse du contexte d'implantation : aspects politiques et structurels

Plusieurs caractéristiques politiques et structurelles du contexte d'implantation ont soit facilité, soit inhibé, la mise en œuvre ainsi que les effets de la réforme. Du côté *environnemental*, l'un des facteurs facilitants fut lié à la perception par la majorité des acteurs de la conformité du projet de réforme avec certains aspects importants de l'évolution des connaissances en psychiatrie, en particulier quant au développement d'approches thérapeutiques de plus en plus spécifiques à certaines pathologies (aux niveaux biologique, psychologique et social). Nous avons déjà mentionné que le repositionnement du département de psychiatrie en deuxième ligne était également compatible avec les politiques ambiantes dans le domaine de la santé mentale. Du côté de l'Hôpital, qui désirait maintenir son statut universitaire dans le cadre de la réorganisation du réseau des hôpitaux d'enseignement de l'Université de Montréal, l'on voyait d'un bon œil le développement des activités académiques au sein du département de psychiatrie, d'autant plus que la réforme ne devait entraîner aucun coût supplémentaire. Du côté des ressources de première ligne de la sous-région, mal préparées à assurer le suivi de patients souffrant de psychopathologies, on observa d'abord une certaine réticence, qui s'atténua cependant quand les responsables du PAP firent valoir que l'accessibilité au dispositif serait améliorée et qu'on voulait les supporter en augmentant les activités de

liaison. Comme nous l'avons vu, cette bonne volonté ne suffit pas, en l'absence de mécanismes d'articulation efficaces et d'une bonification des ressources de première ligne, pour assurer un véritable repositionnement du PAP en deuxième ligne. On doit cependant se rappeler que la période d'observation couverte dans cette étude s'est terminé deux ans après la mise en œuvre des changements structurels proposés dans le projet de réforme. Par la suite, les CLSC, ayant finalement obtenu des ressources supplémentaires, purent augmenter leur implication en santé mentale. L'article de Bertelli (dans le présent numéro) décrit les modes d'articulation avec la première ligne qui sont maintenant en voie d'implantation.

Au plan *organisationnel*, les groupes professionnels réagirent de façon différente au projet. Selon le cas, l'approche bio-psycho-sociale était plus ou moins compatible avec leur identité professionnelle, tant au niveau paradigmatique qu'au niveau des méthodes d'intervention préconisées par les promoteurs de la réforme. Par ailleurs, ni le projet ni le processus d'implantation ne comportaient de stratégie explicite de mobilisation des acteurs en faveur de la réforme. Cependant, étant donné les divergences paradigmatiques qui opposaient certains groupes d'acteurs, une telle stratégie n'aurait peut-être pas été suffisante pour dégager un consensus. Tel que prévu au modèle, les promoteurs choisirent plutôt d'implanter rapidement les changements structurels qui devaient par la suite favoriser l'évolution des mentalités et des pratiques. Cette stratégie allait nécessairement retarder l'apparition des effets distaux de la réforme liés à la pratique professionnelle. Ce retard prévisible était cependant acceptable face au risque de devoir reporter la réforme dans son ensemble, vu l'impossibilité d'obtenir un consensus préalable de l'ensemble des acteurs. Par ailleurs, le maintien d'un service de psychiatrie générale, où les opposants auraient pu se réfugier, aurait peut-être permis d'accélérer l'apparition des effets désirés au sein de programmes spécialisés, où se seraient concentrés les promoteurs du changement. Cependant, ces derniers considéraient qu'un tel modèle aurait compromis l'équité dans l'accessibilité aux services puisque les programmes spécialisés auraient sélectionné leur clientèle en fonction d'intérêts académiques. De plus, le service de psychiatrie générale aurait été considéré comme une zone de second ordre au sein du département, ce qui aurait pu nuire au climat organisationnel. La mise en œuvre d'un dispositif entièrement organisé par programmes clientèles aura cependant entraîné une période d'implantation plus longue liée à la dispersion de la résistance dans la plupart des composantes du dispositif. Il reste à démontrer que ces facteurs d'inertie ne viendront pas compromettre l'évolution des modes de pratique et les effets souhaités par les promoteurs.

Au plan *individuel*, un des facteurs qui contribua à augmenter le poids politique des promoteurs de la réforme et à réduire celui de ses opposants était lié à l'importance relative de leur charge clinique. Le caseload des promoteurs était en effet plus élevé de 50 % en moyenne que celui des opposants. Les uns et les autres se distinguaient également quant à l'efficacité d'utilisation, du moins pour l'indicateur utilisé dans cette étude : dans l'ancien dispositif où le casemix des professionnels était probablement comparable, la clientèle des opposants fréquentait l'urgence en plus grande proportion que celle des promoteurs, et cela malgré leur caseload moins élevé. Ceux-ci purent donc s'appuyer sur leurs connaissances scientifiques, leur crédibilité comme cliniciens, leur productivité, leur utilisation de méthodes de gestion quantitative, leur contrôle de certaines composantes stratégiques de l'organisation (en particulier le MEL) et sur leur position de responsabilité dans le nouveau dispositif pour mener à bien le processus de changement. Par ailleurs, contrairement à leurs opposants, ils tiraient également une certaine énergie de leur insatisfaction par rapport au statu quo. Finalement, le leadership charismatique et incontesté du chef du département de l'époque, le docteur Laurin, aura sans doute contribué de façon cruciale à l'implantation de changements structurels d'une telle ampleur.

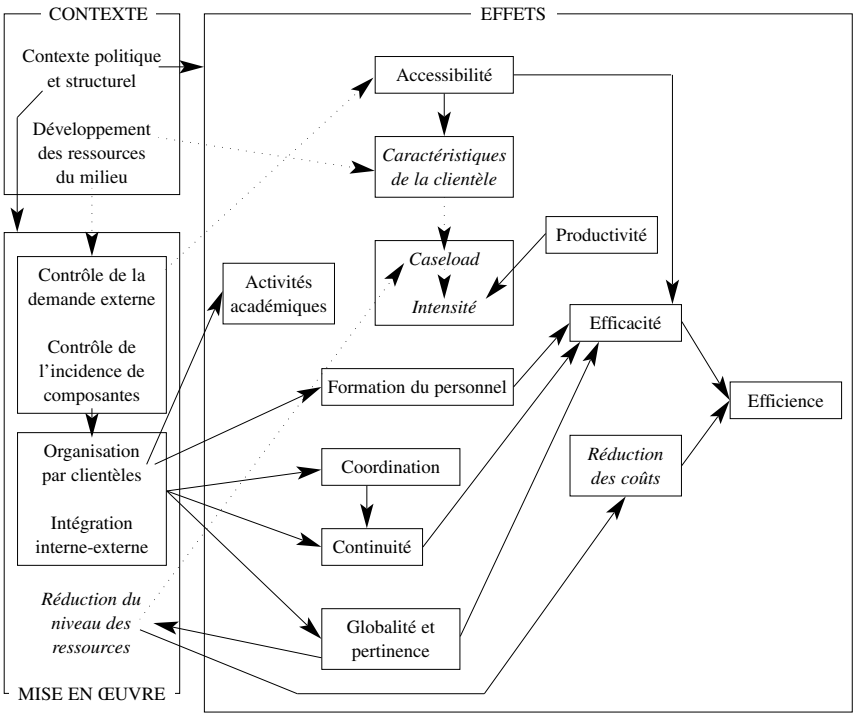
Discussion

La réforme du dispositif de soins au Pavillon Albert-Prévost représentait un changement organisationnel radical puisqu'elle portait à la fois sur la structure (transformation d'une organisation par cliniques de secteur en une organisation par programmes clientèles), sur les processus (gestion des flux de patients et transformation des pratiques) et sur la culture (changement de paradigme). À la fin de la période d'observation, les changements structurels avaient été implantés. En ce qui concerne les processus portant sur les flux de patients, la gestion des intrants (accessibilité) fut améliorée de façon importante, mais celle des extrants (transferts des patients vers la première ligne et repositionnement du PAP en deuxième ligne) ne connut pas autant de succès. Quant aux modes de pratique, les changements observés furent assez ténus. Cependant, ce pourrait être dû en partie à un manque de sensibilité de nos instruments de mesure, puisque la performance globale du dispositif semble s'être malgré tout améliorée. Finalement, bien que les promoteurs de la réforme aient voulu imposer un changement paradigmatique à l'ensemble des professionnels de l'organisation, il semble que cette transformation profonde ne se soit réalisée qu'en partie. Cependant, l'intensité de l'implication de plusieurs cliniciens dans la gestion du département, stimulée par l'implantation de la réforme,

représente une particularité de la culture organisationnelle du PAP, rarement observée à un tel degré dans nos organisations sanitaires.

La figure 6 représente le modèle d'implantation tel qu'il apparaissait à la fin de la période d'observation. Les différences par rapport au modèle initial (figure 1) sont représentées sur le diagramme de la façon suivante. Les changements qui furent moins importants que prévus sont représentés en petits caractères et les changements qui allèrent dans le sens contraire des prévisions sont représentés en italique. En ce qui concerne les influences entre les éléments du modèle (flèches), certaines d'entre elles ne se sont pas manifestées et ont donc été éliminées du diagramme ; celles qui ont eu une influence inverse aux prévisions sont représentées en pointillé.

Figure 6
Modèle de l'implantation à la fin de la période d'observation



Comme nous l'avons mentionné, les ressources du milieu ne se sont pas développées comme prévu, ce qui a limité la possibilité de contrôler la demande externe et l'incidence des clientèles vers les

composantes du dispositif de soins, entraînant également, à travers une amélioration non sélective de l'accessibilité, une augmentation (plutôt qu'une diminution) de la clientèle de première ligne suivie dans le dispositif. Cela a entraîné une augmentation (plutôt qu'une diminution) du caseload et une diminution (plutôt qu'une augmentation) de l'intensité des interventions, sans que les professionnels puissent en moyenne consacrer plus de temps aux activités académiques et à la formation. La chaîne de causalité s'est donc interrompue à ce niveau : la seule influence qui semble s'être maintenue relie l'efficacité à l'accessibilité puisqu'un plus grand nombre de nouveaux patients ont pu recevoir des services plus rapidement.

Un autre réseau d'influence provenait de l'organisation du dispositif de soins par programmes clientèles (qui a été mise en œuvre en grande partie) et de l'intégration interne-externe (qui ne s'est pas réalisée telle que prévue). Ces éléments de la mise en œuvre devaient avoir une influence synergique avec la chaîne de causalité précédente mais, vu l'interruption de cette dernière, ils sont restés les seuls à pouvoir influencer la formation du personnel (compétence technique), la coordination, la continuité, la globalité et la pertinence, qui n'ont donc pas été améliorées de façon aussi importante que prévu mais qui ont pu tout de même contribuer à l'amélioration de l'efficacité globale. Dans le projet initial on prévoyait maintenir le niveau des ressources professionnelles. Il s'est au contraire réduit par suite de l'implantation, possiblement à travers une amélioration de la pertinence des interventions, qui s'est traduite entre autres par une réduction du recours à l'hospitalisation (ce lien de causalité ne faisait pas partie du modèle initial). Les coûts ont donc été réduits et, en synergie avec l'augmentation probable de l'efficacité du dispositif, l'efficience s'est améliorée : le même objectif ultime fut donc atteint mais par une voie différente de celle qui avait été prévue.

La principale limite méthodologique de cette étude est reliée à la durée de la période d'observation (deux ans après l'implantation), trop courte pour permettre à l'ensemble des effets attendus de se manifester. En effet, la mise en œuvre n'était pas encore terminée à la fin de cette période puisque tous les patients n'avaient pas encore été transférés aux programmes appropriés. Ainsi, l'influence de l'organisation par programmes clientèles sur la performance du dispositif n'avait pu atteindre son rythme de croisière, d'autant moins que le principal mécanisme par lequel cette influence devait s'exercer, la diffusion « osmotique » des connaissances et des pratiques, était peu susceptible de provoquer des changements rapides. Ainsi, plusieurs des tendances observées ne

s'étaient pas encore stabilisées vers la fin de la période. Une mise à jour périodique des indicateurs utilisés dans cette étude permettrait de vérifier jusqu'à quel point l'ensemble des objectifs de la réforme seront éventuellement atteints.

Une autre limite tient au manque probable de sensibilité du questionnaire sur les pratiques professionnelles et au faible taux de réponse post-implantation. En effet, nous avons souvent constaté que les données qualitatives portant sur les pratiques (obtenues lors des entrevues) permettaient d'identifier certains effets qui n'avaient pu être mis en évidence au moyen du questionnaire. Cet instrument mériterait d'être modifié pour le rendre plus sensible, et abrégé afin d'assurer un meilleur taux de réponse. De meilleurs systèmes d'information clinico-administratifs intégrés aux opérations quotidiennes de l'établissement auraient permis de recueillir plusieurs informations à la source et de réduire ainsi la taille de cet instrument.

Nous avons en effet constaté les limites importantes des systèmes d'information institutionnels servant à monitorer la performance organisationnelle. Par exemple, certains indicateurs n'ont pu être utilisés parce que les données brutes avaient été agrégées pour des besoins administratifs spécifiques et n'étaient plus disponibles pour un autre traitement. Par ailleurs, certaines données qui auraient été utiles pour l'évaluation n'étaient pas collectées à la source, alors que des modifications minimes aux systèmes d'information auraient pu les rendre disponibles. Nous pensons en particulier aux systèmes de rendez-vous en clinique externe qui présentent un potentiel considérable pour capter les profils de production et d'utilisation de services ainsi que les niveaux fonctionnels de la clientèle. La plupart des dimensions de la performance que nous avons examinées dans cette étude pourraient être monitorées plus efficacement et à moindre coût moyennant quelques modifications à ces systèmes d'information. Finalement, l'ajout de données plus précises sur l'état de santé des patients (échelles de niveau fonctionnel, de symptomatologie, etc.) permettrait éventuellement d'étudier les impacts distaux des programmes clientèles.

Notes

1. Projet subventionné par le Fonds de la recherche en santé du Québec, Programme de subventions à la recherche évaluative et épidémiologique (N° 930592-104), et par le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (N° 605-4398-301).

RÉFÉRENCES

AMYOT, A., 1983, Une pratique psychiatrique en quête de théorisation : la psychiatrie de secteur, *Psychothérapies*, II, 115-121.

AMYOT, A., LAVOIE, J.-G., 1976, La psychiatrie communautaire : la continuité des soins, *L'Union médicale du Canada*, 105, 1831-1837.

AMYOT, A., LEDUC, M., PAYETTE, P., DUCHESNE, F., DUPUIS, L., DESJARDINS, J.-J., LAFRANCE, M., 1975, *Document de travail concernant la politique de soins et le fonctionnement des équipes de secteur*, Pavillon Albert-Prévost, Montréal.

ANTHONY, W. A., BLANCH, A., 1989, Research on community support services. What have we learned, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12, 55-81.

BACHRACH , L. L., 1987, Deinstitutionalization in the United States : promises and prospects, *New Directions for Mental Health Services*, 35, 75-90.

BERTELLI, C., 1999, Le nouveau dispositif de soins destinés aux adultes du Pavillon Albert-Prévost, *Santé mentale au Québec*, 24, 2, 74-89.

BREEKE, J. S., 1987, The model-guided method for monitoring program implementation, *Evaluation Review*, 11, 3, 281-299.

CAMPBELL, D. T., 1975, 'Degrees of freedom' and the case study, *Comparative Political Studies*, 8, 2, 178-193.

CAMPBELL, D. T., STANLEY, J. C., 1966, *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research*, Rand McNally, Chicago.

CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A.-P., PINEAULT, R., 1986, *A Health Care Evaluation Framework*, Health Administration Forum.

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.

CHAMPAGNE, F., DENIS, J.-L., PINAULT, R., CONTANDRIOPOULOS, A.-P., 1991, Structural and political models of analysis of an innovation in organizations : The case of the change in the method of payment of physicians in long-term care hospitals, *Health Services Management Research*, 4, 2, 94-111.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1986, *Sortir de l'asile ? Des politiques et des pratiques en pays étrangers*, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1985, *L'efficacité de la réadaptation*, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, 1988, *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Les Publications du Québec, Québec.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, 1986, *Programme de consultation d'experts*, Dossier santé mentale, Québec.

Conrad, K., Roberts-Gray, C., 1988, « Editor's note », in Conrad, K. J., Roberts-Gray, C., eds., *Evaluating Program Environment, New Directions for Program Evaluation*, 40, 1-5.

CONTANDRIOPOULOS, 1990, *Savoir préparer une recherche*, Presses de l'Université de Montréal, Montréal.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P., CHAMPAGNE, F., DENIS, J.-L., PINEAULT, R., 1991, *L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes, Actes du colloque sur l'évaluation en matière de santé*, Société française d'évaluation des soins et des technologies, Lille.

CRONBACH, L. J., 1983, *Designing Evaluations of Educational and Social Programs*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco.

CRSSSMM, 1990, *Plan d'organisation des services de santé mentale de la région de Montréal Métropolitain*, Document de travail, Montréal.

DENIS, J.-L., CHAMPAGNE, F., 1992, L'analyse de l'implantation : modèles et méthodes, *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 5, 2, 47-67.

DENIS, J.-L., CHAMPAGNE, F., 1990, *Analyse de l'implantation*, Montréal, Cahiers du GRIS, N90-05, Montréal.

DONABEDIAN, A., 1973, *Aspects of Medical Care Administration : Specifying requirements for Health Care*, Harvard University Press, Cambridge.

DOWNS, G. W. JR, MOHR, L. B., 1978, Conceptual issues in the study of innovation, *Administrative Science Quarterly*, 21, 4, 700-714.

ELMORE, R. F., 1978, Organizational models of social program implementation, *Public Policy*, 26, 2, 185-228.

FARAND, L., CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A.-P., DENIS, J.-L., AMYOT, A., 1999, *Évaluation de la réforme du dispositif de soins au Pavillon Albert-Prévost*, Rapport technique, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal.

FREEMAN, H., HENDERSON, J., eds., 1991, *Evaluation of Comprehensive Care of the Mentally Ill*, Gaskell, London.

HALL, G. E., LOUCKS, S. F., 1977, A developmental model for determining whether the treatment is actually implemented, *American Education Research Journal*, 14, 3, 263-276.

KOVESS, V., LAFLÈCHE, M., 1988, Comment les équipes pratiquent-elles la psychiatrie communautaire ? *Santé mentale au Canada*, 36, 10-17.

LEBLANC, J., ACKAD, R., AMYOT, A., BLOUIN, G., DUMONT, D., LAURIN, C., 1991, *Rapport du comité "Dispositif de soins"*, Institut Albert-Prévost, Montréal

LEHMAN, A. F., 1989, Strategies for improving services to the chronically mentally ill, *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 916-920.

LEITHWOOD, K. A., MONTGOMERY, D. J., 1980, Evaluating program implementation, *Evaluation Review*, 4, 2, 193-214.

LINCOLN, Y. S., GUBA, E. G., 1985, *Naturalistic Inquiry*, Sage, Beverly Hills.

LOFLAND, N., 1971, *Analyzing Social Settings*, Wadsworth, Belmont.

MARK, M. M., 1986, Validity typologies and the logic and practice of quasi-experimentation, in Trochim, M. K., ed., *Advances in Quasi-Experimental Design and Analysis*, Jossey-Bass, San Francisco, 47-66.

MCLAUGHLIN, M. W, 1985, Implementation realities and evaluation design, in Shortland, R. L., Mark, M. M., eds., *Social Science and Social Policy*, Sage, Beverly Hills, 96-120.

MECHANIC, D., 1991, Strategies for integrating public mental health services, *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 797-801.

MECHANIC, D., AIKEN, L. H., 1987, Improving the care of patients with chronic mental illness, *New England Journal of Medicine*, 317, 1634-1638.

MERCIER, C., RENAUD, C., TEMPIER, R., 1990, *Impact de l'approche communautaire sur des bénéficiaires au long cours du Centre hospitalier Malartic*, Rapport de recherche présenté au CRSSSAT.

MSSS (MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX), 1989, *Politique de santé mentale*, Gouvernement du Québec.

MSSS, Statistiques *MED-ECHO : l'hospitalisation pour les soins de courte durée au Québec*, années respectives.

PATTON, M. Q, 1987, *How to Use Qualitative Methods in Evaluation*, Sage, Beverly Hills.

PATTON, M. Q., 1986, *Utilization-Focused Evaluation*, Sage, Beverly Hills.

REZMOVIC, E. L., 1984, Assessing treatment implementation amid the slings and arrows of reality, *Evaluation Review*, 8, 2, 187-204.

ROBERTS-GRAY, C., SCHEIRER, M. A., 1988, Checking the congruence between a program and its organizational environment, dans Conrad, K. J.,

Roberts-Gray, C., eds., *Evaluating Program Environment, New Directions for Program Evaluation*, 40, 63-82.

ROSSI, P. H., 1978, Issues in the evaluation of human services delivery, *Evaluation Quarterly*, 2, 4, 573-599.

ROSSI, P. H., FREEMAN, H. E., 1985, *Evaluation : A Systematic Approach*, Sage, Beverly Hills.

ROSSI, P. H., WRIGHT, J. D., 1984, Evaluation research : An assessment, *Annual Review of Sociology*, 10, 331-352.

SCHEIRER, M. A., 1987, Program theory and implementation theory : Implications for evaluators, in Bickman, L., ed., *Using Program Theory in Evaluation*, Jossey-Bass, San Francisco, 59-76.

SCHEIRER, M. A., 1981, *Program Implementation : The Organizational Context,* Sage, Beverly Hills.

SCHEIRER, M. A., REZMOVIC, E. L., 1983, Measuring the degree of program implementation : A methodological review, *Evaluation Review*, 7, 599-633.

SCHULTZ, R. I., GINZBERG, M. J., LUCAS, H. C. Jr., 1984, A structural model of implementation, in Schultz, R. I., Ginzberg, M. J., eds., *Management Science Implementatio*n, JAI Press Inc., Greenwich, 55-88.

SCHULTZ, R. I., SELVIN, D. P., eds., 1975, *Implementing Operations Research/ Management Science*, American Elsevier, New York.

SHORTELL, S. M., 1984, Suggestions for improving the study of health program implementation, *Health Services Research*, 19,1, 118-125.

TALBOTT, J. A., GLICK, I. D., 1986, The inpatient care of the chronically mentally ill, *Schizophrenia Bulletin*, 12, 129-140.

THOMICROFT, G., BEBBINGTON, P., 1989, Deinstitutionalization-from hospital closure to service development, *British Journal of Psychiatry*, 155, 748-762.

TORNATZKY, L. G., JOHNSON, E. C., 1982, *Research on implementation, Evaluation and Program Planning*, 5, 193-198.

VENEY, J. E., KALUZNY, A. D., 1985, *Evaluation and Decision-Making for Health Services Programs*, Prentice-Hall, Englewoods Cliffs.

WASYLENKI, D. A., 1986, The role of the psychiatric hospital in contemporary psychiatry, *Psychiatry in Canada*, 1, 39-42.

WASYLENKI, D., GOERING, P., MACNAUGHTON, E., 1992, Planning mental health services : I. Background and key issues, *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 3, 199-206.

YEATON, J., SEACHREST, L., 1985, Evaluating health care, *American Behavioral Scientist*, 28, 4, 527-542.

YIN, R. K., 1984, *Case Study Research*, Sage, Beverly Hills.

YIN, R. K., 1982, Studying the implementation of public programs, in William, W., ed., S*tudying Implementation : Methodological and Administrative Issues*, Chatham House Publishers, Chatam, 36-72.

YIN, R. K., 1981, The case study crisis : Some answers, *Administrative Science*, 26, 58-65.

ABSTRACT

Evaluation of the reform of psychiatric services destined to adults at the Pavillon Albert-Prévost

This case study analyzes the implementaion of the reform of care destined to clienteles at the Pavillon Albert-Prévost. The level of implementation and the effects of the new systme have been measured and the influence of the political and structural contexts have been analyzed. At the end of the observation period, the implementation of the intervention was not yet completed but had already entailed interesting effects especially concerning access and efficiency. These effects were achieved through some mechanisms not previously planned for in the reform project. The authors have also identified several environmental facors facilitating the implementation of the reform and the realization of expected effects.

RESUMEN

Evaluación de la reforma de los servicios psiquiátricos destinados a los adultos en el Pabellón Albert-Prévost.

Este estudio de casos analiza la implantación de la reforma del dispositivo de cuidados destinado a la clientela adulta del Pabellón Albert-Prévost. Se han medido, el nivel de puesta en marcha, los efectos del nuevo dispositivo y la influencia del contexto político y estructural se analizaron. Al final de periodo de observación, la puesta en marcha de la intervención no se había completado pero ya había traído efectos interesantes, sobre todo en cuanto a la accesibilidad y la eficacia. Estos efectos fueron alcanzados por mecanismos, de donde algunos no habían sido previstos en el proyecto de reforma. Igualmente, los autores ha identificado un conjunto de factores contextuales que han facilitado o retrasado la puesta en marcha de la reforma y la realización de los efectos esperados.