

Recherches sociographiques



Conditions d'implantation d'une réforme. Institutionnalisation des champs impliqués dans le traitement du sida

Marie-Josée Fleury, Jean-Louis Denis, François Champagne et Raynald Pineault

Volume 42, numéro 3, 2001

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/057474ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/057474ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval

ISSN

0034-1282 (imprimé)

1705-6225 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Fleury, M.-J., Denis, J.-L., Champagne, F. & Pineault, R. (2001). Conditions d'implantation d'une réforme. Institutionnalisation des champs impliqués dans le traitement du sida. *Recherches sociographiques*, 42(3), 517-541. <https://doi.org/10.7202/057474ar>

Résumé de l'article

L'évolution des structures et des connaissances pousse les systèmes sociosanitaires à modifier leurs régulations; aussi, mieux comprendre les processus favorisant ou contrant les changements planifiés est-il important. Cet article vise à intégrer la notion de champ à l'analyse institutionnelle du changement. Cette notion définie par Pierre Bourdeau est particulièrement utile pour cerner la dynamique de l'implantation d'une réforme, comme l'illustre une étude de cas concernant le traitement du sida. À l'intérieur de ce secteur, trois champs sont identifiés et la dynamique de modification de leurs régulations est présentée. Cette recherche souligne l'importance d'accorder une attention particulière aux champs les plus institutionnalisés dans un secteur d'intervention et à leurs principaux acteurs, qui tendent à adopter des stratégies de conservation. Pour mettre en place des changements importants, le développement de stratégies autoritaires et formalisées est préconisé.

CONDITIONS D'IMPLANTATION D'UNE RÉFORME. INSTITUTIONNALISATION DES CHAMPS IMPLIQUÉS DANS LE TRAITEMENT DU SIDA

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

L'évolution des structures et des connaissances pousse les systèmes sociosanitaires à modifier leurs régulations ; aussi, mieux comprendre les processus favorisant ou contrant les changements planifiés est-il important. Cet article vise à intégrer la notion de champ à l'analyse institutionnelle du changement. Cette notion définie par Pierre Bourdeau est particulièrement utile pour cerner la dynamique de l'implantation d'une réforme, comme l'illustre une étude de cas concernant le traitement du sida. À l'intérieur de ce secteur, trois champs sont identifiés et la dynamique de modification de leurs régulations est présentée. Cette recherche souligne l'importance d'accorder une attention particulière aux champs les plus institutionnalisés dans un secteur d'intervention et à leurs principaux acteurs, qui tendent à adopter des stratégies de conservation. Pour mettre en place des changements importants, le développement de stratégies autoritaires et formalisées est préconisé.

L'analyse des conditions qui facilitent ou entravent la mise en place d'un changement stratégique est un sujet d'actualité, notamment dans le contexte de la transformation du système sociosanitaire où les planificateurs de l'organisation des services se doivent de comprendre les processus de mise en œuvre d'une réforme. La théorie du changement organisationnel identifie plusieurs conditions favorisant ou contrant l'introduction de modifications dans la régulation d'un

système (GRAY, 1985 ; DENIS et CHAMPAGNE, 1990). Le courant institutionnel insiste particulièrement sur l'importance des processus d'institutionnalisation et de désinstitutionnalisation des phénomènes sociaux et sur le caractère progressif de la mise en œuvre d'une réforme (GREENWOOD et HINNINGS, 1993, 1996 ; TUSHMAN et ROMANELLI, 1992 ; OLIVER, 1991, 1992 ; SCOTT et MEYER, 1991 ; BERGER et LUCKMANN, 1986 ; POWELL et DIMAGGIO, 1991). Avec la notion de champ, Pierre Bourdieu apporte un éclairage complémentaire. Les champs sont des espaces sociaux, plus ou moins étanches, de pratiques et de savoirs régularisés et institutionnalisés, influençant les comportements organisationnels des individus qui y agissent. Ils constituent un niveau analytique supplémentaire par rapport aux études plus traditionnelles sur le changement, puisqu'ils se situent entre les individus et les organisations et entre ces dernières et les systèmes structuro-symboliques, les sociétés. Peu de recherches portant sur la mise en œuvre d'une réforme ont pris en compte l'importance de la notion de champ. Il est vrai que la théorie de Bourdieu est plutôt associée à l'analyse de la reproduction sociale qu'à l'étude de changements.

À travers l'analyse de l'interaction des champs impliqués dans le traitement du SIDA, nous souhaitons mieux comprendre le processus d'implantation d'une réforme et inscrire la notion de champ au cœur de l'analyse du changement social et de la théorie institutionnelle. Il s'agit, à partir de l'étude de la mise en œuvre d'un projet de réforme, ACCES, d'identifier les champs en interaction, leur logique de fonctionnement et les conditions propices à l'émergence de changements dans leurs régulations. ACCES est un projet pilote, développé par le gouvernement fédéral de septembre 1991 à juin 1995 afin d'améliorer l'intégration des activités et des soins palliatifs à l'intention des personnes aux prises avec le VIH¹ dans les territoires couverts par les départements de santé communautaire (DSC) de l'Hôpital Saint-Luc et de l'Hôpital général de Montréal. La réforme proposait d'instituer de nouveaux rapports entre les différents acteurs et organisations impliqués dans ce secteur en déployant un modèle interorganisationnel de coordination et de production de services. Le modèle de soins et d'activités sociosanitaires envisagé par ACCES devait avoir des effets bénéfiques sur la qualité de vie des patients aux prises avec le VIH et celle de leurs proches.

Pour évaluer la mise en place du modèle interorganisationnel proposé par ACCES, nous présenterons d'abord la notion de champ, puis nous examinerons les champs que nous avons identifiés dans le secteur ciblé par ACCES : les champs médical, communautaire et de la santé. La théorie de Bourdieu met particulièrement en relief l'importance de l'autonomie et de la légitimité d'un champ, lesquels répondent de son degré d'institutionnalisation et de sa propension envers le changement ; aussi, la section suivante portera sur les facteurs de désinstitutionnalisation des

1. L'expression « personnes aux prises avec le VIH » inclut les personnes infectées au VIH et celles qui sont atteintes du SIDA.

champs ciblés par le projet de réforme. Puisque le projet de restructuration s'articule autour d'un modèle interorganisationnel de coordination et de production de services, nous examinerons les conditions d'implantation proposées dans les écrits traitant de la collaboration entre différents distributeurs de services. La conclusion discute des pistes de recherche qui émergent de cette étude concernant la mise en œuvre d'une réforme dans le secteur sociosanitaire.

Méthodologie

La stratégie de recherche adoptée pour évaluer la mise en œuvre de la réforme envisagée par ACCES est une étude de cas. Cette méthode est l'une des plus utilisées pour procéder à une analyse d'implantation, parce qu'elle permet de faire ressortir la complexité et la dynamique d'introduction d'une intervention et son appropriation par les acteurs (PATTON, 1990 ; DENIS et CHAMPAGNE, 1990). L'étude du processus de mise en œuvre d'ACCES est encadrée par l'analyse de documents administratifs relatifs à ce projet et par les écrits sur la coordination interorganisationnelle. Nous avons aussi effectué 40 entrevues auprès des principaux acteurs ayant travaillé dans le cadre d'ACCES. Les répondants de cette étude ont été choisis à partir d'une stratégie d'échantillonnage qualifiée d'« intentionnelle » (PATTON, 1990). Plus particulièrement, nous avons interrogé, à partir d'entrevues de type semi-dirigé, huit représentants de centres locaux de services communautaires (CLSC), douze représentants de maisons d'hébergement, sept représentants d'Unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le SIDA (UHRESS) et de centres hospitaliers (CH), trois représentants de cliniques privées et dix représentants d'organismes communautaires de services. Les entrevues ont été réalisées à la fin du projet pilote, soit d'août à décembre 1994².

La notion de champ

La notion de champ, centrale dans notre analyse, désigne un espace historiquement structuré et institutionnalisé de relations objectives et subjectives entre des acteurs et des organisations, qui peuvent être d'alliance et / ou de conflit, de concurrence et / ou de coopération. Chaque champ impose une vision paradigmatique de la réalité par des luttes indissociablement politiques et scientifiques ; il prescrit les méthodes, les théories, les pratiques et les problèmes pertinents et légitimes pour son organisation. Il ordonne aussi les critères d'entrée en son sein, c'est-à-dire qu'il fixe les compétences que doivent posséder ses agents.

2. En plus d'une analyse d'implantation de la réforme, la recherche originale comportait une étude d'impact sur la clientèle (près de 250 personnes) et ses proches (entre 50 et 100 personnes). Chaque personne a été interrogée par questionnaires à deux moments (voir à ce sujet CHAMPAGNE *et al.*, 1995).

Dans un champ, on trouve des coalitions professionnelles et organisationnelles, celui-ci n'étant pas homogène bien qu'y dominent les mêmes visions et orientations de base (BOURDIEU, 1975 ; ACCARDO et CORDUFF, 1986 ; ANSART, 1990 ; ACCARDO, 1991 ; BOURDIEU, 1992 ; CIBOIS, 1992). À l'intérieur d'un champ, il peut aussi exister des sous-champs qui, tout en adoptant les processus de régulation générale du premier, s'en différencient quelque peu. La distribution des soins et des services pour les personnes atteintes du VIH est un sous-champ des champs médical, communautaire et de la santé.

Les notions de capital et d'habitus viennent éclairer le concept de champ (BOURDIEU, 1975, 1987, 1989, 1992 ; ACCARDO et CORDUFF, 1986 ; ACCARDO, 1991). On désigne par capital les prédispositions et les acquis individuels et sociaux, qui sont d'ordres économique, social, culturel et symbolique. En fonction du champ, le contenu, l'importance et la hiérarchie des capitaux diffèrent. Le champ prescrit le type et la distribution des capitaux indispensables à sa reproduction, en spécifiant ceux que ses agents doivent posséder. Par exemple, le capital culturel, relié au savoir, serait le plus valorisé dans le champ médical (BOURDIEU, 1975). Le capital économique et le capital social, appelé aussi capital relationnel, ne sont toutefois pas à négliger à l'intérieur de ce dernier. La notion d'habitus « se définit comme l'héritage culturel que les individus, [organisations et champs] intériorisent, orientant de façon inconsciente les conduites » (CAMPEAU *et al.*, 1992, p. 134-135). Elle renvoie aux schèmes de perception, d'appréciation et de pratiques historiques inculqués à un individu, une organisation ou un champ. « L'habitus, c'est en fait l'histoire individuelle et sociale intériorisée dans un individu, [une organisation ou un champ] (*ibid.*). » Plus l'habitus est ancien, plus il est difficile de s'en défaire. Les notions de capital et d'habitus permettent de mieux discerner, d'une part, ce que comprend un champ et, d'autre part, comment il s'insère dans les systèmes structuro-symboliques formant les sociétés (CHANLAT, 1990).

D'après BOURDIEU (1975), l'autonomie d'un champ dans une société marque également son inscription dans les systèmes. En fait, elle signifie qu'il est relativement indépendant à l'égard des positions prises dans d'autres champs, plus particulièrement le champ politique, le champ du pouvoir, c'est-à-dire l'État. Ce dernier a généralement un pouvoir déterminant dans la construction de la réalité sociale, dans l'identification des types de capital les plus valorisés dans une société et quant aux modalités de leur reproduction. Le champ économique exerce également des effets puissants sur les autres champs, surtout dans les sociétés capitalistes où prédomine l'idéologie néo-libérale (BOURDIEU, 1989).

Un champ est par ailleurs de plus ou moins grande légitimité. Le degré de légitimité d'un champ dépend, en fait, de sa reconnaissance par l'État et la société civile. Cette légitimité constitue la force du capital symbolique du champ. Selon Bourdieu, le capital symbolique, « [...] incorporé à l'état d'une société ou d'un champ, et non d'un individu, peut se révéler l'un des capitaux les plus puissants et

immuables, parce qu'il constitue la forme que l'une ou l'autre des espèces de capital revêt quand elle est perçue à travers des catégories de perception qui en reconnaissent la logique spécifique ou qui méconnaissent l'arbitraire de sa possession et de son accumulation » (ANSART, 1990, p. 237). Plus un champ est autonome vis-à-vis des autres champs et légitimé par l'État et la société civile, plus il est institutionnalisé (BOURDIEU, 1975 ; OLIVER, 1992). Le degré d'institutionnalisation des champs est lié à leur attitude envers le changement. La section qui suit examine les champs ciblés par ACCES à partir de dimensions centrales dans la théorie de Bourdieu et d'exemples généraux tirés des écrits sur le système québécois de la santé.

Le champ médical

Le champ médical, relié notamment dans le projet ACCES aux centres hospitaliers, aux cliniques privées, aux CLSC³, aux médecins et aux infirmières, se caractérise par une approche clinico-pathologique et épidémiologique de la maladie. Il est le plus institutionnalisé des trois champs ciblés par ACCES, parce qu'il détient une forte autonomie et une grande légitimité. Il possède donc un important capital politique (pouvoir). Il est relativement à même de s'autogérer et de s'autoréguler, surtout dans le domaine du savoir. Rappelons que le capital culturel est le plus valorisé par tout champ scientifique (BOURDIEU, 1975). L'efficacité de la technologie médicale (avènement de la médecine clinico-pathologique, de l'anesthésie, de l'asepsie, de la bactériologie, d'une pharmacopée et d'une médecine scientifique de pointe, etc.) et la place centrale de la médecine et de l'hôpital dans la prise en charge de la maladie depuis le tournant du XIX^e et du XX^e siècle témoignent de son degré important d'institutionnalisation. La corporation des médecins, fondée en 1847, est forte de plus de 150 ans d'habitus qui tendent à homogénéiser le champ et à l'imposer comme seule forme valide et légitime de savoir en matière de guérison. Comme les médecins qui, en très grande partie, décident de la quantité et la qualité des différents services dispensés à la population, dominent ce champ (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1999), la discussion portera ici essentiellement sur eux.

L'importance du degré d'autonomie du champ médical vis-à-vis de l'État est mise en relief par la difficulté de ce dernier à remettre en question les acquis de la

3. Les CLSC ont une position particulière dans le système sociosanitaire puisqu'ils sont issus d'une intégration des champs médical et communautaire. En ce sens, ils pourraient s'insérer dans le champ de la santé. Ils sont implantés par territoire, la priorité est donc donnée à l'espace local comme c'est le cas du communautaire, et ils ont une intervention curative, palliative et sociale. LEMIEUX et ses collaborateurs (1994) parlent en ce sens de l'alliance communautaire qui intègre les CLSC, les organismes communautaires et les DSC. Les CLSC font néanmoins partie du réseau public au même titre que les hôpitaux. D'après les propos des acteurs de CLSC, interrogés pour l'évaluation de l'implantation d'ACCES, ces organismes semblent davantage se positionner, dans ce cas, à l'intérieur du champ médical (ex. : « La table a permis au communautaire et au réseau de créer des liens pour se concerter »).

corporation médicale, par exemple le paiement à l'acte, la nomenclature des actes thérapeutiques, l'octroi d'un champ d'exercice exclusif, etc. La contestation par le corps médical des propositions de réformes du système de santé québécois a souvent déjoué les visées politiques de rationalisation du système. Ainsi, au début des années 1970, la mise de l'avant des polycliniques par les associations médicales vient contrecarrer le projet d'implantation d'une médecine centrée sur les CLSC. Dans les années 1980, la pratique médicale entrave également le projet de rationalisation des dépenses octroyées pour les actes médicaux ; « le faible accroissement du tarif des actes a été compensé par une augmentation importante du nombre d'actes posés par médecin et par un déplacement vers les actes à technicité poussée, placés plus haut dans la structure des tarifs » (BÉLANGER, 1988, p. 149). Au début des années 1990, l'opposition des médecins à certains articles centraux de la *Loi 120* (Ministère de la Santé et des services sociaux, 1991), qui auraient davantage assujéti leur profession aux gestionnaires, atteste également de la force du pouvoir médical. Plus que jamais, l'État a pourtant besoin de coordonner et d'intégrer les activités du corps médical pour contrôler les coûts du système de santé. Malgré certains progrès accomplis à cet égard depuis les dernières années (LEMAY, 1999), le Québec accuse toujours un retard à l'échelle nord-américaine quant au taux d'hospitalisation, à la durée de séjour des patients et au taux de chirurgie ambulatoire (Conseil médical du Québec, 1996, p. 3-5, dans DEMERS *et al.*, 1999).

La légitimation par l'État et la société civile du champ médical est aussi très forte. À la fin du XIX^e siècle, les chefs de file médicaux québécois sont parvenus à convaincre l'État de leur réserver l'accès au marché des soins, même si l'avancée de la science médicale de l'époque ne leur permettait que bien relativement de justifier une telle demande (BERNIER, 1983a). Ce privilège concédé à la profession médicale est encore renforcé avec la réforme sociosanitaire des années 1970 : l'octroi d'un champ d'exercice exclusif lui est accordé dans un système de santé devenu public. Cette situation est reconduite dans ses grandes lignes par la *Loi 120* en 1991 (DEMERS, 1994). La légitimation par l'État de la corporation médicale se reflète également par les revenus alloués à ce groupe. En 1990, le revenu annuel moyen des médecins et des chirurgiens est de 123 159 \$, supérieur de 18 475 \$ à celui des dentistes, de 26 084 \$ à celui des avocats et notaires indépendants, de 78 339 \$ à celui des professeurs et instituteurs, etc. (ROY, 1996). L'importance du revenu consenti à la profession médicale par l'État, compte tenu de la crise économique et fiscale actuelle, illustre bien le pouvoir de ce champ.

La légitimation du champ médical par la société civile est aussi importante. Par exemple, la décision de diminuer le nombre de lits hospitaliers et de fermer des départements hospitaliers ou des hôpitaux, par exemple à Montréal et à Québec, déclenche presque à chaque fois un tollé, bien qu'une intervention médicale plus légère, humanisante et économique soit recommandée par les spécialistes de la santé publique. Par ailleurs, d'après un sondage (Léger et Léger, 1990), évaluant le

niveau de confiance des Québécois envers différents groupes et professions, les médecins se classent en troisième place avec 79 % des voix, bien devant les syndicalistes, les juges, les journalistes, les politiciens et les professeurs (ROY, 1996). D'après ce sondage, seulement les ouvriers spécialisés (89,8 %) et les fermiers (87,1 %) dépassent les médecins en matière de légitimation sociale.

Le champ communautaire

Le champ communautaire comprend, dans le projet pilote ACCES, les maisons d'hébergement et les organismes communautaires de services. Ce champ a surtout été constitué dans les années 1960 et s'est particulièrement développé dans les années 1980 pour ouvrir d'autres voies que celles du champ médical omniprésent et omnipotent (GERMAIN et HAMEL, 1985 ; DOUCET et FAVREAU, 1991 ; DORÉ, 1992 ; FORTIN, 1994). Son implantation s'est majoritairement réalisée à la marge du champ médical et s'est parfois manifestée par le déni du réseau médical et hospitalier, surtout dans le mouvement communautaire dit alternatif, de ses structures, de ses processus et de sa culture. Le champ communautaire se caractérise par la priorité à l'espace régional à la fois comme contestation du centralisme planificateur et comme nouveau lieu de régulations. Il se définit aussi par « les quatre D » ; démedicalisation des processus de vie, déprofessionnalisation des interventions, dévictimisation des femmes et désexisation des pratiques (LAMOUREUX, 1994).

Le champ communautaire, plus récent que le champ médical, est moins institutionnalisé que ce dernier. En effet, l'État n'encourage financièrement son développement qu'à partir surtout des années 1980. Le budget du champ communautaire, comptabilisé lors de la commission Rochon (1987), ne représentait alors que moins de 1 % (0,3 %) de l'ensemble des dépenses publiques de santé et de réadaptation sociale (Ministère des Affaires sociales, 1988, p. 300). Quoique par la suite, l'État ait favorisé davantage la consolidation de ce champ (la *Loi 120*), la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles, avec l'appui des tables régionales d'organismes communautaires et bénévoles, revendique toujours 10 % des revenus publics dans le domaine sociosanitaire (Tables régionales et Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles, 1993). Par ailleurs, l'État, le champ du pouvoir, ne reconnaît vraiment la participation des organismes communautaires à la prise de décision du système sociosanitaire que depuis la fin des années 80 (rapport Rochon). Avec la *Loi 120* (MSSS, 1991), 20 % des sièges des conseils d'administration des régies régionales leur sont réservés. Les groupes communautaires ont aussi fait accepter leur présence dans la mise en œuvre des plans régionaux d'organisation des services

(PROS)⁴ ou d'autres programmes au niveau régional. La participation du communautaire à la planification régionale est un acquis important, puisque de plus en plus l'organisation des services est orientée par ce niveau (DEMERS *et al.*, 1999 ; FLEURY et DENIS, 2000). Plusieurs régions sociosanitaires ont développé des structures de concertation pour l'organisation de leurs programmes de santé où les organismes communautaires occupent une large place. C'est le cas en particulier pour le programme de santé mentale (FLEURY et DENIS, 2000). La légitimation du communautaire par la société civile semble aussi moins importante que celle du champ médical, dans une société où dominent les logiques professionnelle et technocratique (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1999).

L'autonomie de ce champ est relative. Bien que la *Loi 120*, par l'article 335, reconnaisse qu'un organisme communautaire définit librement ses orientations, ses politiques et ses approches, le sous-financement de ces organismes et les modalités d'allocation de leurs ressources tendent à diminuer leur autonomie. En effet, le financement des organismes communautaires provient majoritairement de sources étatiques, aussi leur survie dépend souvent de leur enlignement avec le réseau public de santé (ROBERT, 1989 ; FLEURY et DENIS 2000). L'organisation du système sociosanitaire à partir de programmes ciblés restreint aussi leur autonomie en matière d'intervention, puisque les ressources sont de plus en plus allouées en fonction d'activités planifiées au niveau régional et les organismes communautaires doivent coordonner leurs actions avec les établissements publics. L'approche par programmes, comme nouvelle stratégie de gestion du réseau de la santé, est particulièrement décriée par les associations communautaires. Le danger de récupération du communautaire par le système public dans lequel domine le champ médical n'est pas nouveau, non plus que les mises en garde contre la récupération du dynamisme communautaire, la technocratisation des services et la dépolitisation des problèmes sociaux transformés en problèmes administratifs (LESEMANN, 1988, 1989 ; LAMOUREUX, 1988, 1994).

Le champ de la santé

Nous désignons comme champ de la santé, champ réformiste, l'espace institué de savoirs et de pratiques autour d'une conception holistique de la santé. Les acteurs de ce champ dans ACCES sont au cœur du projet pilote et des changements de régulations de ce secteur : ce sont les agents engagés par le gouvernement pour effectuer la réforme. Le champ de la santé reconnaît comme partenaires les acteurs et les organisations des champs médical et communautaire. Il adhère, en fait à la vision de l'Organisation Mondiale de la Santé depuis le milieu de ce siècle et du

4. Les PROS sont mis en œuvre par les régies régionales, en collaboration avec différents groupes de distributeurs de services, pour planifier les activités des programmes sociosanitaires santé physique, santé mentale, santé publique, jeunesse, etc. (*Loi 120*, article 347).

ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec qui, surtout depuis la *Loi 120* (1991) et la *Politique de la santé et du bien-être* (1992), met en relief les déterminants socioéconomiques et culturels de la maladie et conteste le fait que le système de soins soit le seul moyen de contrer la maladie. La réforme souligne les limites du système de santé trop orienté sur une épistémologie scientifique (le champ médical). Par exemple, les disparités de santé dans une population sont fortement associées aux différentes positions sociales, aux conditions de vie, au sentiment de contrôle et aux habitudes de vie (CONTANDRIOPOULOS, 1999). Le recours à des actions préventives, à une intervention plus légère et humanisée et souvent plus économique et l'élaboration d'un système de santé coordonné et continu sont privilégiés par les acteurs de ce champ. La réforme souligne également l'importance d'intégrer les sociétés civiles à la prise en charge du bien-être ; les organismes communautaires sont notamment appelés à jouer un rôle à cet égard (DEMERS *et al.*, 1999).

ACCES vise l'inscription du champ de la santé dans la logique de régulations du secteur des services se rapportant au traitement des personnes affectées par le SIDA. Il s'agit d'implanter un système intégré et coordonné de soins et d'activités à l'intention des personnes aux prises avec le VIH. Les services devraient être organisés par l'ensemble des distributeurs de soins et d'activités compris dans les champs communautaire et médical. « L'objectif ultime du projet est de rendre accessibles des services palliatifs aux personnes aux prises avec le VIH en vue d'améliorer la qualité de vie de ces patients touchés par des pertes cumulatives et multiples et de donner un support aux individus dans l'environnement immédiat de ces personnes » (CHAMPAGNE *et al.*, 1995). Soulignons également la similitude des enjeux d'organisation de services et des catégories d'acteurs sollicités par ACCES avec ce qui a été observé dans la mise en œuvre des PROS en santé mentale (FLEURY et DENIS, 2000), similitude mentionnée d'ailleurs par quelques personnes interrogées à propos d'ACCES.

Le champ de la santé est le moins institutionnalisé des trois champs ciblés par ACCES. Il est aussi le plus récent. L'action sociale pour contrer les problèmes de santé et la reconnaissance de l'importance d'inclure la société civile dans la prise de décision du réseau sont considérablement renforcées avec la *Loi 120*. L'intérêt de la coordination et de la continuité des services dans le secteur sociosanitaire est aussi plus soutenu par l'État avec la réforme de la fin des années 1980 (DEMERS *et al.*, 1999). La légitimation par l'État de la notion de santé holistique est donc en voie de réalisation. Beaucoup d'acteurs semblent appuyer cette réforme, ce qui rend ce champ de plus en plus légitime, en particulier dans un contexte de compression financière. L'appui à la technologie médicale s'avère néanmoins importante (CONTANDRIOPOULOS, 1999). Le champ de la santé demeure donc en matière d'autonomie et de légitimité en voie de définition et de développement. Comme Jocelyne Lamoureux, on peut penser que « l'ouverture qui s'est progressivement

manifestée à partir de 1985 [début des travaux de la commission Rochon] par les acteurs publics s'est couplée au discours décentralisateur et partenarial et a fait du recours aux ressources communautaires, alternatives et bénévoles [le champ communautaire] *une stratégie de recomposition sociale et politique* » (LAMOUREUX, 1994, p. 67).

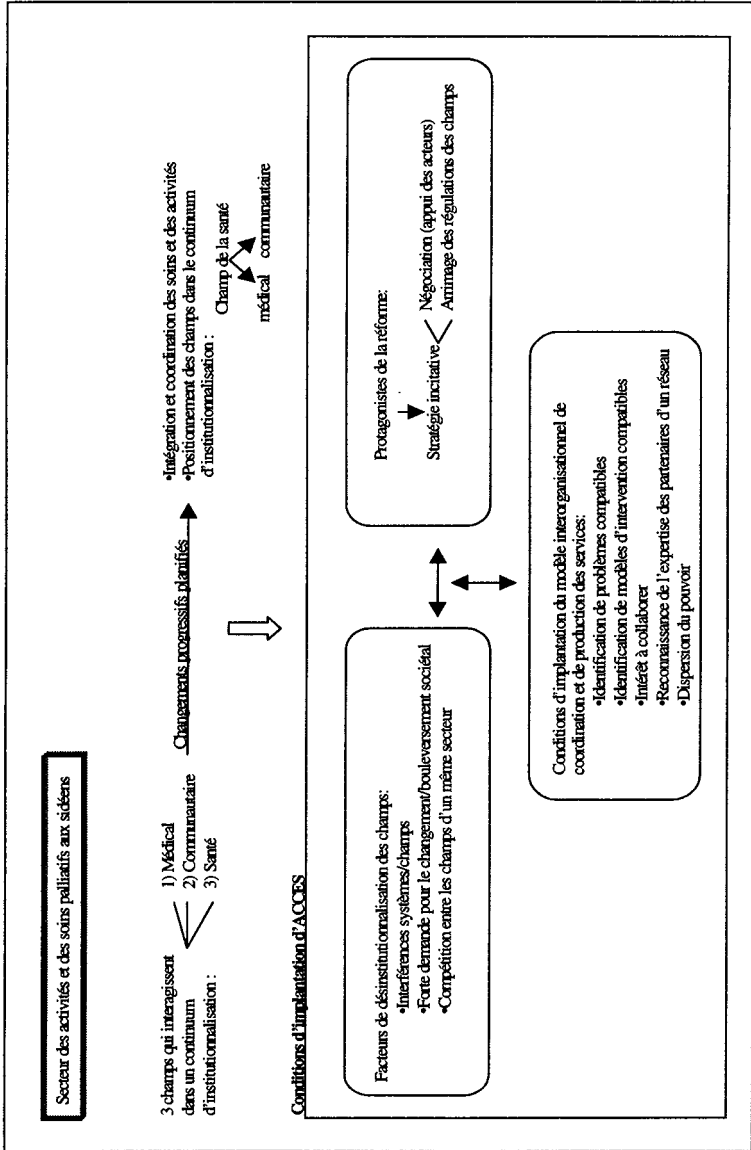
Les conditions d'implantation d'ACCES

Dans ce qui suit, nous présentons une analyse des différentes conditions d'implantation du projet pilote ACCES. Le modèle élaboré (voir la figure 1) pour procéder à la mise en œuvre d'ACCES s'appuie sur le concept de désinstitutionnalisation (des champs) défini par BOURDIEU et par OLIVER (1992), qui tient surtout compte du rôle des facteurs structurels dans l'avènement d'un changement. Puisqu'il s'agit d'implanter un changement stratégique (planifié), le modèle examine aussi le rôle des protagonistes d'ACCES et le type de réforme projeté. La réforme proposée visant spécifiquement à développer un modèle de coordination et de production de services entre différents distributeurs, il faudra donc étudier les conditions d'implantation particulières à une telle réforme.

Les facteurs de désinstitutionnalisation des champs et le type de réforme projeté

Selon BOURDIEU (1975), les facteurs de désinstitutionnalisation d'un champ émergent surtout de son interaction avec le système socioéconomique. Comme un champ prescrit le genre et la distribution de capitaux indispensables à sa reproduction et ceux que ses agents doivent posséder, il s'ensuit que même si les agents influencent sa dynamique, ils ne peuvent que difficilement en révolutionner la logique puisqu'ils la partagent. En fait, les agents d'un champ remettent rarement en question ses régulations. Ce sont plutôt les rapports de force qui font l'objet de lutte sociale à l'intérieur d'un champ, entre agents inégalement pourvus de capital et adoptant des stratégies de conservation ou de subversion. Les stratégies de conservation sont davantage adoptées par les agents dominants d'un champ, étant donné que les capitaux qu'ils possèdent correspondent majoritairement à la logique d'intérêt qui y est construite et prescrite. Les stratégies de subversion correspondent plus aux agents subordonnés. Donc, plus un champ tend à s'institutionnaliser, plus « décroît corrélativement la probabilité de grandes révolutions périodiques au profit d'innombrables petites "révolutions" permanentes » (BOURDIEU, 1975, p. 90).

FIGURE 1
Modèle explicatif des changements visés par le projet ACCES



Les champs s'inscrivent dans les systèmes structuro-matériels et symboliques formant les sociétés. Ils interagissent donc avec ces derniers et d'autres champs. D'après OLIVER (1992), les probabilités d'interférence entre les champs semblent augmenter dans les périodes de bouleversement sociétal et quand la demande envers le changement social est forte, comme dans le système québécois de la santé actuel. Par exemple, le champ médical, possédant le monopole légal de la prise en charge de la maladie depuis le milieu du XIX^e siècle, fait depuis les années 1970 de plus en plus face à la critique :

[...] la profession médicale est soumise aux assauts de nombreux acteurs sociaux qui s'en prennent aux effets pervers de la dominance médicale sur les patients, sur les autres corps d'emploi du secteur de la santé et sur la collectivité dans son ensemble ; intellectuels de gauche, féministes, porte-parole de professions subordonnées à la profession médicale ou maintenues à la marge de la médecine officielle, clients insatisfaits de la déshumanisation de la relation médecin-patient et, surtout, " rationalisateurs bureaucrates " du gouvernement québécois, du ministère des Affaires sociales et des conseils régionaux. (DEMERS, 1994, p. 217.)

Les récentes recherches traitant de la santé démontrent aussi qu'il est plus adéquat d'agir en amont (prévention) qu'en aval. Le Japon illustre bien cette tendance puisqu'il est le pays où l'espérance de vie est la plus élevée et pourtant, celui qui présente le ratio médecins et infirmières – population le plus bas parmi les pays développés (CONTANDRIOPOULOS, 1999). Ce constat a incité les politiciens à réfléchir sur la pertinence d'investir autant dans l'infrastructure médicale : 9,9 % du PIB, soit plus de 30 % du budget du gouvernement québécois (CHAPAIN et VAILLANCOURT, 1999). Selon LAMOUREUX (1994), la sévérité de la crise économique et fiscale, l'aggravation de la dualisation de la société et l'efficacité des initiatives et des services communautaires favoriseraient également une plus forte articulation entre les services publics et les services communautaires.

D'après BOURDIEU (1975), les interférences entre les champs et les systèmes s'effectuent essentiellement par l'entremise des forces qui se concentrent à la périphérie des champs, lesquelles apparaissent plus instables que les forces qui se situent au centre d'un champ et en constituent l'essence. Cette situation s'explique par le fait que les forces qui se structurent à la périphérie des champs sont plus imbriquées dans les autres champs. En effet, les contours des champs sont davantage flous et perméables au social et aux autres champs, c'est-à-dire qu'il est facile d'identifier ce qui figure au cœur d'un champ, mais que plus on s'éloigne de ce noyau, plus la spécification de ce qui définit et différencie un champ par rapport à d'autres devient difficile à expliciter. Dans ce contexte, les changements qui affectent les systèmes structuro-matériels et symboliques bouleversent d'abord les forces périphériques présentes dans les champs, venant plus ou moins se répercuter sur leurs régulations centrales. Par exemple, le champ communautaire santé – SIDA vient prendre en charge ce qui est relégué à la marge par le champ médical. La pression ainsi exercée, interagissant dans le même secteur que le champ médical,

pourrait contribuer à l'érosion ou du moins à des modifications dans les régulations centrales de ce dernier. La régulation des champs tend donc à se modifier quand plus d'un champ intervient dans le même domaine, puisqu'il y a compétition entre les champs et confrontation de leurs logiques de régulation. Le champ communautaire de la santé (surtout le mouvement dit alternatif) prône ainsi la démedicalisation et la déprofessionnalisation des interventions qui sont en quelque sorte l'essence du champ médical.

Quand plusieurs champs couvrent le même domaine de compétence, ils peuvent être situés sur un continuum d'institutionnalisation. Le degré d'institutionnalisation d'un champ, qui fait référence à son niveau de légitimité et d'autonomie, marque sa position hiérarchique à l'intérieur de ce continuum. Plus un champ est institutionnalisé par rapport à d'autres (donc plus il possède une position dominante dans le continuum d'institutionnalisation), plus il tend à résister aux changements (OLIVER, 1992). Son inertie au changement augmente par ailleurs si son degré d'institutionnalisation est ancien (*habitus*). Les champs médical, communautaire et de la santé se situent, par ordre décroissant, sur le continuum d'institutionnalisation. Aussi les promoteurs d'ACCES devraient davantage se mobiliser pour modifier les régulations du champ médical qui, plus institutionnalisé que les autres, a plus tendance à résister aux changements.

La modification du positionnement d'un champ sur un continuum d'institutionnalisation est néanmoins plus souvent qu'autrement un processus lent ; le changement s'effectue par un processus progressif qui tend à ajuster la configuration d'un champ à l'évolution des systèmes structuro-matériels et symboliques à la base des sociétés et donc des autres champs (QUINN et COLLEGE, 1980 ; MILLER et FRIESEN, 1982 ; TUSHMAN et ROMANELLI, 1985 ; PETTIGREW, 1985 ; JOHNSON, 1988). Un processus de transformation radicale des champs n'est toutefois pas exclu, mais il exige de fortes pressions et une bonne stratégie des protagonistes d'une réforme (BENSON, 1975 ; FLEURY et DENIS, 2000), par exemple quand les changements sociaux sont intégrés ou imposés par l'État (OLIVER, 1992).

Une réforme relevant de l'État, le champ du pouvoir, est ainsi interprétée comme un événement catalyseur de changements. ACCES, une réforme mise de l'avant par le gouvernement fédéral, propose notamment de « modifier la rationalité des acteurs » (CQCS, 1991, p. 35). Par son projet d'intégration et de coordination des soins et des activités offerts aux personnes aux prises avec le VIH, ACCES vise à développer le champ de la santé, encore embryonnaire dans le réseau. D'ailleurs, l'analyse des entrevues réalisées avec les intervenants du milieu du VIH et ayant travaillé dans le cadre d'ACCES fait ressortir ce dessein : « ACCES a jeté les bases d'une nouvelle façon de réfléchir sur l'action ou d'être confronté à l'action », « ACCES, c'est un changement de paradigme où tout le monde travaille ensemble », « ACCES, c'est rassembler ce qui n'est pas évident à rassembler », etc. Aucun pouvoir décisionnel et coercitif n'est toutefois accordé aux agents d'ACCES ;

les changements dans ce secteur des soins et des services relèvent « des fonctions d'animation d'ACCES, de liaison et de soutien au niveau de la coordination sous-régionale ». (Projet ACCES, p. 60.) Le type de réforme préconisé par ACCES rend ainsi peu plausibles d'importantes modifications dans les régulations des champs. D'ailleurs, plusieurs acteurs interrogés font ressortir ce constat : « Le problème avec ACCES, c'est qu'il ne mobilise pas de pouvoir coercitif ; il y a une " carotte ", mais il n'y a pas de bâton » ; « C'était trop consultatif. Si elle avait été aux commandes d'ACCES, elle aurait été plus directive » ; « L'équipe devrait être plus coercitive et prendre des décisions impliquantes », etc.

Compte tenu que la réforme est à caractère incitatif, les protagonistes d'ACCES devaient tout spécialement s'efforcer de gagner l'appui des acteurs principaux du secteur de la santé et des services sociaux se rapportant au traitement du SIDA, soit le champ médical, et rendre ainsi acceptable le projet de transformation des régulations (voir la figure 1). L'appui des acteurs aux enjeux de la réforme exige que les promoteurs d'ACCES élaborent un compromis acceptable entre les différentes pratiques et logiques des champs intervenant dans le projet pilote (CALLON, 1989). Le succès d'implantation d'ACCES repose sur la capacité d'arrimer les différentes régulations existantes dans les champs ciblés par la réforme, pour que puisse du moins s'implanter un changement progressif dans ce domaine des services palliatifs à l'intention des personnes aux prises avec le VIH. La conciliation, engagée par les agents d'ACCES entre les acteurs et les organisations des différents champs, est ainsi créatrice de nouveaux consensus dans les perceptions et dans les pratiques (OLIVER, 1992). Elle permet l'ouverture d'un champ donné aux autres champs. Ce faisant, ces derniers sont invités à diminuer leur autonomie, ce qui a pour conséquence d'éroder leur degré d'institutionnalisation. Il est donc possible d'envisager un repositionnement des champs sur le continuum d'institutionnalisation ou une reconstruction des champs, quoique les changements de régulation autres que progressifs soient peu probables.

Il s'agit donc de déployer un modèle de coordination et de production de services entre différents distributeurs : les conditions préalables à une telle réforme sont identifiées dans les écrits traitant de la coordination interorganisationnelle (BENSON, 1975 ; WHETTEN, 1981 ; GRAY, 1985 ; CHAMPAGNE *et al.*, 1993). La dispersion du pouvoir à l'intérieur d'un réseau favorise l'implantation d'un modèle interorganisationnel de coordination et de production de services entre différents distributeurs. En cette matière, les champs apparaissent très hiérarchisés sur le continuum d'institutionnalisation. Selon les résultats des recherches sur les relations interorganisationnelles, les acteurs et les organisations des champs ciblés par la réforme devraient également se montrer intéressés à intégrer leurs actions, reconnaître l'expertise et l'importance de leurs partenaires et être en mesure d'identifier des problèmes et des modèles d'intervention compatibles afin qu'ACCES atteigne ses objectifs. Ces conditions, d'autant plus que la réforme est à

caractère incitatif, sont à la base de la réussite du processus de négociation des protagonistes d'ACCES et de l'amorce de la coordination et de l'intégration des services en ce domaine sociosanitaire. La section suivante propose d'examiner si le projet pilote ACCES répond à ces conditions d'implantation d'une réforme.

Les conditions interorganisationnelles d'implantation du projet pilote ACCES

La stratégie des protagonistes de la réforme et certains déterminants ont été identifiés comme essentiels au bon déroulement du projet pilote ACCES (figure 1). D'abord, l'analyse des entrevues fait ressortir un fort consensus pour améliorer l'intégration et la coordination des soins et des activités offerts aux personnes aux prises avec le VIH. L'arrimage des services, pierre angulaire du projet ACCES

s'appuie principalement sur deux modalités d'intervention ; la création d'une équipe multidisciplinaire sous la responsabilité d'un coordinateur de services dans chacun des CLSC (nbr = 8) des deux territoires couverts par l'intervention [devant mettre de l'avant des plans de services individualisés (PSI)] et la création d'une table sous-régionale de coordination des soins / services palliatifs aux sidéens dans les deux territoires de DSC (Projet ACCES, p. 59).

Malgré que l'ensemble des répondants se disent disposés à coordonner leurs services, les tactiques d'intervention ne se sont que peu rapprochées de leurs objectifs. Les acteurs interagissant dans ce secteur sociosanitaire reconnaissent cependant qu'un premier pas a été effectué afin de mieux arrimer leurs services, ACCES ayant été le catalyseur de cette démarche.

Plus spécifiquement, la pertinence de développer des PSI pour les personnes aux prises avec le VIH n'a pas fait l'unanimité. D'une façon générale, les PSI sont perçus comme difficilement applicables dans un contexte où l'évolution de la maladie est peu prévisible et les malades traités tardivement. De plus, la procédure s'avère complexe ; les avantages de son utilisation, peu assurés. Certains problèmes relatifs à la confidentialité du dossier médical sont finalement soulevés. Dans le projet ACCES, les CLSC sont les responsables de la mise en application des PSI. Les organismes communautaires qui avaient déjà une certaine expertise en cette matière ont toutefois critiqué la légitimité d'avoir confié une telle responsabilité aux CLSC. Les cliniques privées ont exprimé la même critique, étant donné le peu de clientèle sidéenne des CLSC. Par ailleurs, la majorité des répondants des CLSC semblaient satisfaits des échanges entre les intervenants. La pratique des PSI n'a ainsi que peu été développée dans les CLSC. Il en résulte que les PSI n'ont que marginalement encouragé l'intégration et la coordination des soins et des services en ce domaine sociosanitaire. La conception holistique de la maladie et de la santé préconisée par les PSI a néanmoins emporté fortement l'assentiment des acteurs, ce qui représente une des pierres angulaires du champ de la santé.

Quant aux tables sous-régionales pour la coordination et l'intégration des activités et des soins aux personnes aux prises avec le VIH, leur mise en place a été entérinée par une majorité d'acteurs des champs médical et communautaire. Ces derniers ont d'ailleurs mentionné qu'ils aimeraient que ces structures deviennent permanentes après l'achèvement du projet pilote, elles pourraient relever de la responsabilité d'instances dotés d'un pouvoir décisionnel et coercitif ; la régie régionale pourrait notamment jouer un rôle central à cet égard. Par contre, les objectifs poursuivis par ces tables et leurs modalités de fonctionnement ont été évalués comme devant être revus substantiellement (CHAMPAGNE *et al.*, 1993).

Le manque d'assiduité des membres des tables sous-régionales témoigne de la nécessité de leur restructuration. En effet, l'assiduité moyenne aux tables de concertation ne dépasse qu'à peine 50 % par regroupement d'institutions : UHRESS et CH, CLSC, organismes communautaires de services, maisons d'hébergement et cliniques privées. Le taux d'absentéisme le plus élevé a été atteint par les représentants de ces dernières. La difficulté de mobilisation des médecins dans les structures de concertation entrave particulièrement les objectifs de coordination et d'intégration des soins et des activités du projet pilote⁵. La rotation importante des effectifs des tables sous-régionales, l'hétérogénéité de leurs membres et le grand nombre de leurs participants compromettent aussi leur efficacité. La participation aux structures de concertation des directeurs d'organisations ne va pas non plus de soi ; la diffusion des décisions prises aux tables sous-régionales et leur capacité de modifier les cultures organisationnelles sont ainsi compromises (ex. : « Elle ne sait pas si l'équipe de l'hôpital connaît le projet ou si ce dernier n'a seulement que rejoint les infirmières » ; « ACCES a plus influencé sa propre pratique que les pratiques organisationnelles » ; « Il n'y a pas eu d'impact sur les décideurs ». Pour que les régulations d'un domaine d'intervention se transforment, de telles structures devraient mobiliser les gestionnaires décideurs autant que les intervenants à la base (FLEURY et DENIS, 2000). Le manque de ressources des organismes communautaires augmente également la difficulté de coordonner et d'intégrer les services.

Le fait que les tables sous-régionales n'ont pas centré suffisamment leur attention sur la résolution de problèmes concrets est par ailleurs rapporté par les participants d'ACCES. Par exemple, la difficulté de coordonner l'admission et le congé des patients hospitalisés de même que la discrimination envers la clientèle homosexuelle, toxicomane et d'origine ethnique étrangère demeurent toujours patentées. Le manque d'implication des médecins aux structures d'ACCES se répercute aussi sur les sujets discutés aux tables de concertation. Ainsi, ces

5. Rappelons que les médecins ont une position dominante dans le champ médical. D'après BOURDIEU (1975), ce positionnement entraîne habituellement l'adoption de stratégies de conservation. Il est donc important que les promoteurs d'ACCES réussissent à faire adhérer les médecins au projet de transformation des services afin que la réforme s'implante véritablement. Nous y reviendrons.

discussions se sont plus concentrées autour des perspectives paramédicales ; les aspects cliniques du processus de soins ont davantage été laissés de côté. Les médecins et les cliniques privées sont quelque peu écartés d'office des priorités d'ACCES : « Le projet a peu abordé le domaine des soins ; c'est le paramédical qui était le but ; les soins étaient relégués à l'arrière-plan » ; « ACCES aurait pu s'impliquer davantage dans le volet des soins pour que la réforme se réalise véritablement (des intervenants d'ACCES interrogés à ce sujet) ».

Plus que la réalisation d'actions et de résolutions de problèmes concrets de type clinique améliorant directement la coordination et l'intégration des soins et des activités, les tables sous-régionales ont donc favorisé la rencontre des acteurs du réseau, l'évacuation des tensions entre les acteurs œuvrant dans un milieu difficile, la création d'un sentiment d'appartenance et la sensibilisation à d'autres visions organisationnelles et professionnelles. Afin de mettre en œuvre ACCES, des séminaires, des conférences multidisciplinaires et des séances de formation, fort appréciés par l'ensemble des acteurs du réseau, ont également été organisés. Certains instruments d'information ont aussi été produits pour jouer sur la coordination des services et aider les personnes tout au cours de leur maladie : un bottin de ressources, le *Guide mourir chez soi* et un carnet de route. La circulation de l'information et la meilleure concertation entre différents acteurs d'un réseau sont jugées comme des conditions facilitantes, mais non suffisantes pour l'arrimage des activités sociosanitaires et la modification des pratiques professionnelles (FLEURY et DENIS, 2000). Les premières assises d'un changement de régulations pour ce secteur ont néanmoins été posées.

La reconnaissance de l'expertise des différents acteurs n'a pas fait non plus l'objet d'un consensus. La participation mitigée des médecins dans le projet pilote, bien que ceux-ci reconnaissent l'importance de la coordination des activités sociosanitaires dans ce domaine, laisse notamment perplexe. Les entrevues font d'ailleurs ressortir le peu d'intérêt du corps médical envers ACCES : « L'équipe médicale n'a pas vu ACCES comme on aurait dû le voir » ; « C'est peu pertinent pour la clinique » ; « Ici, il y a des gens qui sont des professionnels très hospitalocentriques et individualistes ; quand ils rencontrent des intervenants des organismes qui ne sont pas des professionnels, cela crée des frictions » ; « Il y a le problème des médecins. Comment les intégrer ? », etc. Les organismes communautaires sont assez appréciés par les acteurs des CLSC, des UHRESS et des CH. Certaines entrevues témoignent que les relations entre les champs médical et communautaire ont été améliorées depuis l'élaboration d'ACCES, ce qui facilite la coordination et la continuité des services sociosanitaires. Bien que les distributeurs de services évaluent positivement la légitimité et l'expertise des protagonistes de la mise en œuvre d'ACCES, l'efficacité de leur rôle est également diluée par le choix des stratégies développées. En effet, ces dernières ont été dans leur ensemble de faiblement à

moyennement reconnues par les acteurs et les organisations des champs communautaire et médical (CHAMPAGNE *et al.*, 1993).

Bref, les distributeurs de services n'ont réussi qu'à établir un faible ou moyen consensus relatif à l'identification des problèmes (considération de la maladie comme prioritaire, reconnaissance des difficultés de fonctionnement du système, participation mitigée des dispensateurs de services, etc.) et des modèles d'intervention compatibles (pertinence de l'implantation des tables et des PSI, attention insuffisante portée aux problèmes concrets d'intervention et à l'aspect clinique de la maladie, etc.). La reconnaissance de l'expertise des différents acteurs et organisations des champs communautaire et médical est aussi mitigée de part et d'autre. Par contre, il s'est construit un consensus important en ce qui concerne l'intérêt des acteurs et des organisations à coordonner et à intégrer leurs actions et au sujet de la légitimité et de l'expertise des promoteurs d'ACCES ; la stratégie et le type de réforme à caractère incitatif préconisés pour actualiser le projet encadrent néanmoins le rôle joué par les protagonistes de l'introduction d'ACCES.

*
* *
*

Étant donné le caractère incitatif de la réforme soutenue par ACCES, un rôle central était accordé à la stratégie de ses protagonistes qui devaient trouver un compromis acceptable entre les régulations des différents champs ciblés et le projet de réforme. L'établissement de changements progressifs dans la régulation de ce réseau était envisageable à la suite de l'introduction d'ACCES. Dans les écrits traitant des relations interorganisationnelles, cinq conditions importantes pour la mise en œuvre de projets ont spécifiquement été mentionnées : 1) l'identification par les organisations de problèmes, 2) l'identification de modèles d'intervention compatibles, 3) l'intérêt des acteurs à coordonner l'offre de services, 4) la reconnaissance de l'expertise des partenaires et 5) la dispersion du pouvoir à l'intérieur d'un réseau. Nous avons vu que les champs se retrouvent fort hiérarchisés sur le continuum d'institutionnalisation.

Des entrevues réalisées auprès des acteurs ayant travaillé avec les personnes aux prises avec le VIH et à l'implantation du projet, il ressort que les protagonistes d'ACCES n'ont pas pu véritablement intéresser les champs ciblés par la réforme au projet de modifications des régulations de ce secteur. Pour plusieurs, le projet semblait élaboré d'avance : « Au lieu d'arriver avec un programme tout fait, il faut partir des besoins » ; « Les agents d'ACCES n'allaient pas où les gens voulaient » ; « Dans un premier temps, il faut prendre connaissance du milieu, essayer d'écouter la vision des gens », etc. Les champs sont cependant de configuration très différente, ce qui ne facilite pas l'arrimage des régulations et l'identification de problèmes et de modèles d'intervention compatibles. L'intervention n'a ainsi produit qu'un consensus faible ou moyen relatif à l'identification des problèmes et des modèles

d'intervention. De plus, les distributeurs de services ne reconnaissent que peu l'expertise des acteurs interagissant dans d'autres champs. Par contre, un consensus important a été atteint au sujet de l'intérêt de coordonner et d'intégrer les services et concernant la légitimité et l'expertise des protagonistes d'ACCES.

Une mobilisation plus soutenue des différents acteurs clés et du champ le plus institutionnalisé impliqués dans les activités reliées au traitement du SIDA aurait pu augmenter les effets d'ACCES sur la structuration de ce secteur. Nous avons souligné que, d'après Bourdieu, les acteurs dominants des champs adoptent habituellement des stratégies de conservation, lesquelles poussent à l'inertie. De même, le champ le plus institutionnalisé adopterait une stratégie plus conservatrice, propice au maintien de ses acquis. Le faible taux de participation des cliniques privées au projet témoigne du manque d'attention des protagonistes d'ACCES quant à ces enjeux. Les directeurs des CLSC ont notamment eu tendance à se retirer des structures de concertation au fur et à mesure du déroulement du projet. Les médecins ont été moins interpellés par le projet que l'ensemble de leurs collègues : « Il y a le problème des médecins, comment les intégrer ? » ; enfin une attention insuffisante a été portée aux aspects médicaux dans ACCES : « Le projet a peu abordé le domaine des soins ; c'est le paramédical qui était le but ; les soins étaient relégués à l'arrière-plan ».

L'implication paritaire des champs communautaire et médical dans les structures de concertation d'ACCES a encouragé l'actualisation de changements, puisque ces structures proposaient de définir les enjeux d'organisation du secteur et spécifiquement les modalités de coordination et d'intégration des services des organisations. La concentration du pouvoir par le champ médical dans le système sociosanitaire rend toutefois peu probable l'avènement de modifications importantes de la régulation de ce secteur. Dans une autre recherche (FLEURY et DENIS, 2000), nous avons démontré que les tables de concertation peuvent stimuler le processus de coordination des activités d'un système, mais ne suffisent pas à enclencher un réel partenariat entre différents acteurs organisationnels et une continuité effective des services. L'implantation d'une organisation en réseau d'un système sociosanitaire, qui mobilise des acteurs de cultures, d'orientations et de pouvoirs divergents, donc de champs différents, implique une formalisation accrue des dispositifs de promotion d'une réforme, notamment l'introduction de différents outils de gestion servant à l'implantation de changements stratégiques.

En conclusion, ACCES n'a conduit qu'à une consolidation bien mitigée du champ de la santé dans le traitement du SIDA. Le champ médical demeure le maître d'œuvre de la structuration et de la coordination des services. L'intégration et la coordination des soins et des activités s'effectuent toujours sur une base volontaire et n'ont débouché que sur peu de résultats concrets. Bien que la théorie de Bourdieu insiste sur le rôle central de l'État comme constructeur de la réalité, d'autres forces présentes dans les systèmes peuvent ainsi jouer des rôles majeurs. Construits ou

légitimés souvent par l'intermédiaire de l'État, certains champs peuvent à long terme se rebeller contre ce dernier et entraver ses projets de réforme. Dans ce contexte, une stratégie plus autoritaire de l'État pour implanter une réforme serait appropriée (BENSON, 1975).

Pour la mise en œuvre d'une réforme, notre recherche indique l'importance de tenir compte de la structuration des champs et du positionnement de leurs acteurs. Les champs les plus institutionnalisés et leurs acteurs dominants devraient particulièrement retenir davantage l'attention. La notion de champ permet de mieux cerner la configuration des dynamiques et de la structuration d'organisations qui interagissent dans un même secteur d'activité. Vu la configuration fort divergente des champs médical et communautaire, cette recherche recommande la mise en place d'une stratégie plus autoritaire (BENSON, 1975) pour implanter une réforme telle qu'ACCES. Elle met particulièrement en relief l'importance de déployer différents outils de gestion pour supporter des changements stratégiques de cette ampleur.

Marie-Josée FLEURY

Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.

Jean-Louis DENIS

*Département d'administration de la santé
et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé,
Université de Montréal.*

François CHAMPAGNE

*Département d'administration de la santé
et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé,
Université de Montréal.*

Raynald PINEAULT

*Département d'administration de la santé
et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé,
Université de Montréal.*

BIBLIOGRAPHIE

ACCARDO, Alain

1991 *Initiation à la sociologie. L'illusionnisme social. Une lecture de Bourdieu*, Bordeaux, Le Mascaret.

ACCARDO, Alain et Philippe CORCUFF

1986 *La sociologie de Bourdieu. Textes choisis et commentés*, Bordeaux, Le Mascaret.

ANSART, Pierre

1990 *Les sociologies contemporaines*, Paris, Éditions du Seuil.

BÉLANGER, Paul R.

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

BENSON, Kenneth, J.

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

BERGER, Peter et Thomas LUCKMANN

1986 *La construction sociale de la réalité*, Paris, Méridiens Klincksieck.

BERNIER, Jacques

1981 « Vers un nouvel ordre médical ; les origines de la corporation des médecins et chirurgiens du Québec », *Recherches sociographiques*, XXII, 3 : 307-330.

1983a « La standardisation des études médicales et la consolidation de la profession dans la deuxième moitié du XIX^e siècle », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 37, 1 : 51-63.

1983b « L'intégration du corps médical québécois à la fin du XIX^e siècle », *Réflexions historiques*, 10 : 91-111.

BOURDIEU, Pierre

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

1987 *Choses dites*, Paris, Éditions de Minuit.

1989 *La noblesse d'État*, Paris, Éditions de Minuit.

1992 *Réponses*, Paris, Éditions du Seuil.

CALLON, Michel

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

CAMPEAU, Robert, Michèle SIROIS, Elisabeth RHEAULT et Norman DUFORT

1992 *Individu et société. Introduction à la sociologie*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur.

CHAMPAGNE, François, Jean-Louis DENIS, Raynald PINEAULT, Louise BÉRUBÉ et Johanne MONGRAIN

1993 « Collaboration and tension in an emerging organizational field. The case of palliative care for AIDS patients », Paper prepared for presentation at the Conference of the Society for the Advancement of Socio-Economics, New York, March, 21 p.

CHAMPAGNE, François, Jean-Louis DENIS, Raynald PINEAULT et Michèle RIVARD

- 1995 *Évaluation des effets et du processus d'implantation du projet ACCES*, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal. (Document R95-10.)

CHANLAT, Jean-François (dir.)

- 1990 *L'individu dans l'organisation. Les dimensions oubliées*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval.

CHAPAIN, Caroline et François VAILLANCOURT

- 1999 « Le financement des services de santé au Québec », dans : Clermont BÉGIN, Pierre BERGERON, Pierre-Gerlier FOREST et Vincent LEMIEUX (dirs), *Le Système de santé québécois. Un modèle en transition*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 101-121.

CIBOIS, Philippe

- 1992 « Pierre Boudieu », dans : Karl M. VAN METTER (dir.), *La sociologie, textes essentiels*, Paris, Larousse, 787-805.

Conseil québécois de coordination sur le SIDA (CQCS)

- 1991 *Projet ACCES. Projet pilote de soins et de services palliatifs à l'intention des personnes aux prises avec le VIH*, Présenté au Centre fédéral sur le SIDA, mai.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre

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

- 1999 « La santé entre les sciences de la vie et les sciences sociales », *Revue transdisciplinaire en santé. Ruptures*, 6, 2 : 174-192.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, Marc-André FOURNIER, Jean-Louis DENIS, François CHAMPAGNE et Delphine ARWEILER

- 1999 « Les mesures incitatives et le paiement des ressources », dans : Clermont BÉGIN, Pierre BERGERON, Pierre-Gerlier FOREST et Vincent LEMIEUX (dirs), *Le Système de santé québécois. Un modèle en transition*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 123-147.

DEMERS, Louis

- 1994 « La profession médicale », dans : Vincent LEMIEUX, Pierre BERGERON, Clermont BÉGIN et Gérard BÉLANGER (dirs), *Le système de santé au Québec. Organisation, acteurs et enjeux*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 213-243.

DEMERS, Louis, Albert DUMAS et Clermont BÉGIN

- 1999 « La gestion des établissements de santé au Québec », dans : Clermont BÉGIN, Pierre BERGERON, Pierre-Gerlier FOREST et Vincent LEMIEUX (dirs), *Le Système de santé québécois. Un modèle en transition*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 195-228.

DENIS, Jean-Louis et François CHAMPAGNE

- 1990 *Analyse de l'implantation*, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal.

DORÉ, Gérald

- 1992 « L'organisation communautaire et les mutations dans les services sociaux au Québec, 1961-1991. La Marge et le mouvement comme lieux de l'identité », *Service social*, 41, 2 : 131-162.

DOUCET, Laval et Louis FAVREAU

- 1991 *Théorie et pratiques en organisation communautaire*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.

FLEISHMAN, John A., Vincent MOR et John PIETTE

- 1991 « AIDS case management. The client's perspective », *Health Services Research*, 26, 4 : 447-470.

FLEURY, Marie-Josée et Jean-Louis DENIS

- 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*, XXV, 1 : 7-19.

FORTIN, Andrée

- 1994 « Les organismes et groupes communautaires », dans : Clermont BÉGIN, Pierre BERGERON, Pierre-Gerlier FOREST et Vincent LEMIEUX (dirs), *Le système de santé au Québec. Organisation, acteurs et enjeux*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 163-183.

FOUCAULT, Michel

- 1963 *Naissance de la clinique*, Paris, Presses Universitaires de France.

GERMAIN, Annick et Pierre HAMEL

- 1985 « Les ambiguïtés du pouvoir local », *Revue internationale d'action communautaire*, 13, 53 : 105-115.

GRAY, Barbara

- 1985 « Conditions facilitating interorganizational collaboration », *Human Relations*, 38, 10 : 911-936.

GREENWOOD, R. et C.R. HININGS

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

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

HAMEL, Pierre

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

JALBERT, Yves

- 1992 *Vers une approche humaine et multidisciplinaire : réflexion de la Table des organismes communautaires de lutte contre le SIDA de la région de Montréal sur le projet ACCES*, Rapport de recherche, juin.

JOHNSON, Gerry

- 1988 « Rethinking incrementalism », *Strategic Management Journal*, 9 : 75-91.

JOHNSON, Gerry

- 1990 « Managing strategic change. The role of symbolic action », *British Journal of Management*, 1 : 183-200.

LAMOUREUX, Jocelyne

- 1988 « La commission Rochon : le communautaire, encore et toujours à la marge », *Revue internationale d'action communautaire*, 20, 60 : 157-170.

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

LEMAI, Anne

- 1999 « L'élaboration d'une démarche d'analyse de la performance valide pour la prise de décision ; un enjeu complexe », *Revue transdisciplinaire en santé. Ruptures*, 6, 1 : 67-83.

LEMIEUX, Vincent, Pierre BERGERON, Clermont BÉGIN et Gérard BÉLANGER (dirs)

- 1994 *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval.

LESEMANN, Frédéric

- 1988 « Éclatement ou recomposition du social ? Quelques réflexions à partir de la situation du Québec et d'ailleurs... », *Revue internationale d'action communautaire*, 20, 60 : 125-129.

- 1989 « Décentralisation et services communautaires », *Service social*, 38, 2-3 : 23-45.

MILLER, Danny et Peter FRIESEN

- 1982 « Structural change and performance. Quantum versus piecemeal-incremental approaches », *Academy of Management Journal*, 25, 4 : 867-892.

Ministère des Affaires sociales (MAS)

- 1968 *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Ministère des Affaires sociales, Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS)

- 1991 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, Ministère de la Santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec.

OLIVER, Christine

- 1991 « Strategic responses to institutional process », *The Academy of Management*, 16, 1 : 145-180.

- 1992 « The antecedents of desinstitutionalization », *Organization Studies*, 13, 4 : 563-588.
- PATTON, Michael Quinn
- 1990 *Qualitative Evaluation and Research Methods*, California, Sage Publications, Inc.
- PETTIGREW, Andrews
- 1985 « Examining change in the long-term context of culture and politics », dans : PENNINGS (dir.), *Organizational Strategy and Change*, London, Jossey-Bass, 269-319.
- POWELL, W.W. et P.J. DIMAGGIO (dirs)
- 1991 « Introduction », dans : W. POWELL et P.J. DIMAGGIO, *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago, The University of Chicago Press, 1-40.
- QUINN, James Brian et D. COLLEGE
- « Managing strategic change », *Sloan Management Review*, 21 : 3-20.
- ROBERT, Lionel
- 1989 « Quinze mois après le rapport Rochon. Le partenariat entre le réseau institutionnel et la communauté : un paradigme à définir », *Nouvelles pratiques sociales*, 2, 1 : 8-52.
- ROY, Jean-Hugues
- 1996 *Profession, médecin*, Montréal, Boréal.
- SCOTT, W.R. et J.W. MEYER
- 1991 « The organisation of societal sectors. Propositions and early evidence (chapitre 5) », dans : W.W. POWELL et D.J. DIMAGGIO (dirs), *The New Institutionalism in Organization Analysis*, Chicago, University of Chicago Press, 108-140.
- Tables régionales et table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles
- 1993 « Notre Défi : bâtir un mouvement communautaire et alternatif fort, solidaire, novateur, agent de changement social au sein du processus de régionalisation », *Document de travail déposé à la rencontre nationale tenue à Montréal à COVIQ*, les 22 et 23 octobre.
- TUSHMAN, L.M. et E. ROMANELLI
- 1985 « Organizational evolution. A metamorphosis model of convergence and reorientation », *Research in Organizational Behavior*, Edition L.L. Cummings and B. Staw, Jai Press, 7 : 171-222.
- WHETTEN, David A.
- 1981 « Interorganizational relations. A review of the field », *Journal of Higher Education*, 52 : 1-28.