

Enjeux et paradoxes de l'évaluation dans le champ de la santé et des services sociaux

Lourdes Rodriguez del Barrio

Numéro 35, 2001

L'évaluation sociale : un enjeu politique

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1002240ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1002240ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Département de sociologie - Université du Québec à Montréal

ISSN

0831-1048 (imprimé)

1923-5771 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Rodriguez del Barrio, L. (2001). Enjeux et paradoxes de l'évaluation dans le champ de la santé et des services sociaux. *Cahiers de recherche sociologique*, (35), 149–166. <https://doi.org/10.7202/1002240ar>

Résumé de l'article

Au Québec, dans le contexte des réformes marquées par le processus de mondialisation, l'évaluation a vu son rôle social redéfini. Cet article se demande, d'une part, comment et à quel degré les mécanismes d'évaluation disponibles dans le secteur de la santé et des services sociaux permettent de dépasser le rôle technique de l'évaluation ; et d'autre part, quelle est la contribution de l'évaluation à la réorientation du système en termes des résultats, tant sur le plan du renouvellement des pratiques que sur celui des transformations des conditions d'existence des populations.

Enjeux et paradoxes de l'évaluation dans le champ de la santé et des services sociaux

Lourdes RODRIGUEZ

Résumé

Au Québec, dans le contexte des réformes marquées par le processus de mondialisation, l'évaluation a vu son rôle social redéfini. Cet article se demande, d'une part, comment et à quel degré les mécanismes d'évaluation disponibles dans le secteur de la santé et des services sociaux permettent de dépasser le rôle technique de l'évaluation ; et d'autre part, quelle est la contribution de l'évaluation à la réorientation du système en termes des résultats, tant sur le plan du renouvellement des pratiques que sur celui des transformations des conditions d'existence des populations.

Mots clés : évaluation sociale, santé mentale, services sociaux, place des usagers, réformes sociales, évaluation de l'impact et de la pertinence des politiques et des programmes

Abstract

In today's climate of social reform, shaped by the process of globalization, the social function of evaluation has been redefined. This article studies, on one hand, how and to what degree the evaluative processes in Quebec's health and social services sector are able to go beyond simple technical evaluation and, on the other hand, the contribution of evaluation toward reorienting the system in terms of results, both with respect to rethinking old practices and to improving citizens' living conditions.

Key words: Social evaluation, social reform, ethical, evaluation, social services, mental health, impact and pertinence evaluation of policy and programs

Resumen

En el contexto contemporáneo de reformas sociales marcadas por la mundialización, la evaluación ha visto su rol redefinido. Este artículo se pregunta, por un lado, como y a que nivel los mecanismos de evaluación disponibles permiten sobrepasar la función técnica de la evaluación. Y, por otro lado, cual es la contribución de la evaluación a la reorientación del sistema. Reorientación que permitiría la creación de nuevas prácticas para la transformación de las condiciones de existencia de la población en general y de los grupos más desfavorecidos de la misma.

Palabras claves : evaluación social, reformas sociales, ética, evaluación del impacto y de la pertinencia de políticas y programas sociales, salud mental

L'évaluation et le changement social¹

Née de la mouvance accompagnant l'édification et le développement des grands programmes sociaux et d'éducation au sein d'un État-providence, l'évaluation a vu son rôle social redéfini dans le contexte des réformes sociales dont les orientations sont largement marquées par le processus de mondialisation.

Mais ces réformes, loin d'être le résultat mécanique du contexte socio-économique, reflètent un ensemble complexe de tensions entre des acteurs sociaux qui disposent d'un pouvoir inégal et sont porteurs de projets de changement social et de revendications souvent conflictuelles². Ainsi, les documents politiques ne reflètent qu'en partie les transformations des pratiques sociales dans les champs de la santé et des services sociaux. Ces documents expriment fondamentalement ce qu'il en est des consensus assurés par l'action du gouvernement. Dans le cadre d'une analyse sociologique des réformes, ni l'État ni les élites ne peuvent être considérés *a priori* comme les agents principaux par rapport à d'autres acteurs sociaux. Cette conception élargie du concept de « réforme » permet par conséquent de comprendre la place que l'évaluation y joue en tenant compte d'un contexte plus large de questionnements qui portent sur les conditions sociales et culturelles dans lesquelles les changements sociaux se produisent. Nous voudrions réfléchir ici à la contribution que l'évaluation apporte aux processus de réforme ainsi compris.

Depuis la fin des années 1970, le modèle d'action sociale providentialiste a été fortement remis en question, tant par les tenants du discours néo-libéral que par de nouveaux acteurs tels les usagers et consommateurs de services, les associations de défense des droits, les bénévoles et professionnels, et plus particulièrement les organismes communautaires. Les premiers ont remis en question le rôle de l'État de redistribution des richesses et de services. Les autres ont critiqué la bureaucratisation de l'action gouvernementale. Ils proposent d'approfondir le projet social de l'État, en ajoutant plus de démocratie, de participation et de place aux initiatives des milieux.

-
1. L'auteure est professeure à l'Université de Montréal (École de service social). Membre de l'équipe de recherche et action en santé mentale et culture (ERASME), elle a été la personne ressource pour l'ensemble des travaux du comité ministériel sur l'évaluation des organismes communautaires et bénévoles.
 2. D. White, « Les processus de réforme et la structuration locale des systèmes. Le cas des réformes dans le domaine de la santé mentale au Québec », *Sociologie et sociétés*, vol. XXV, n° 1, printemps 1993.

En effet, d'une part, l'impact du discours hégémonique néo-libéral sur les politiques sociales du Canada et du Québec a forcé une renégociation des rapports société-État imposant des politiques de réduction des dépenses publiques. Dans ce contexte, à l'échelle internationale, les critiques des services publics rattachés aux domaines de la santé et des services sociaux se sont multipliées. À maintes reprises, d'aucuns ont souligné et déploré le fait que leur développement obéisse à une logique interne d'accroissement, accusant cette logique de mettre en péril l'équilibre budgétaire de l'État ainsi que l'avenir même des systèmes de services. Dans ce contexte, l'évaluation se présente comme étant un des mécanismes d'adaptation aux nouveaux impératifs du marché mondial. Au Québec, à partir des années 1970, cette nouvelle tendance se traduit par l'application de mesures orchestrées par le Conseil du Trésor qui ont pour objet d'inciter les différents ministères à établir des mécanismes de vérification de leurs activités : vérification de l'efficacité, de l'efficacé et de l'impact des activités en termes d'accomplissement des objectifs fixés.

D'autre part, on ne peut néanmoins réduire les mouvements de réforme des années 1980 à la seule variable d'une adaptation au discours néo-libéral. Au Québec, le mouvement communautaire a participé très activement aux processus d'évaluation et de réforme des politiques sociales et particulièrement à celui relatif au système public de la santé et des services sociaux³. Par la création et l'ouverture d'espaces propices à la participation des « membres » ou des usagers, ce mouvement a introduit au cœur de ses actions l'impératif de donner la parole aux personnes défavorisées et exclues qui vivent des problèmes de santé ou des problèmes sociaux et auxquelles s'adressent les programmes publics. Il s'agit donc pour ce mouvement d'approfondir et de donner la priorité à un projet démocratique en élargissant les espaces permettant l'exercice de la citoyenneté et l'expression des obstacles à son exercice : notamment, les conditions de vie difficiles auxquelles font face les segments de la population les plus défavorisés. Concernant l'évaluation, le mouvement communautaire a défendu des modèles participatifs et pluralistes où les acteurs ont le pouvoir de négocier les objets, les processus, les méthodes (particu-

3. Lors de la commission Rochon, la participation du communautaire a été assurée par la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles du secteur de la santé et des services sociaux. Dans le secteur de la santé mentale, les ressources membres du RRASMQ ont participé activement à la commission Harnois et aux comités tripartites responsables de la planification régionale des services (PROS).

lièrement les indicateurs), les critères d'évaluation, l'interprétation et l'utilisation de l'évaluation⁴.

L'analyse des principes, des orientations et des changements structurels proposés par la réforme de la santé et des services sociaux permet de saisir la complexité des rapports entre ces projets contradictoires et leur impact sur la place attribuée à l'évaluation sociale. Résultant d'un large processus de remise en question, la commission Rochon porte un diagnostic sévère sur le réseau public, selon lui « pris en otage » par les groupes d'intérêt de moins en moins ouverts aux acteurs du milieu et qui, à ce titre, se révèle peu efficace pour répondre aux besoins des usagers. La « réforme » vise donc à faire face à ces problèmes par le biais de la mise en place de certaines stratégies pour réorienter le système mettant le « citoyen au centre » : des interventions proches des milieux de vie ; des programmes visant des objectifs en termes de résultats, la régionalisation et, finalement, le partenariat avec de nouveaux acteurs sociaux, notamment les usagers, les acteurs liés de près à leurs milieux de vie (famille, proches et communautés) et les organismes communautaires. De plus, dans la Politique de santé et du bien-être, l'évaluation s'intègre au processus de gestion comme étant une fonction importante, au même titre que la planification ou la programmation⁵.

Ainsi, la place de l'évaluation à l'intérieur du système public est-elle confirmée et élargie. Dans le cadre des nouvelles politiques, l'évaluation devient donc un instrument central de régulation du système, laquelle se présente sous deux formes : d'une part, une régulation en regard du contexte extérieur du système à travers la vérification de l'atteinte des objectifs poursuivis par la mesure des impacts, de l'efficacité et de l'efficience ; d'autre part, une régulation des rapports établis entre les divers partenaires (externes et internes) puisque l'évaluation (sous plusieurs modalités) devient potentiellement une des conditions d'octroi des subventions et des budgets.

-
4. Gouvernement du Québec, *L'évaluation des organismes communautaires et bénévoles. Une évaluation respectueuse des organismes communautaires et bénévoles implique un processus de négociation*, Comité ministériel sur l'évaluation, 1997, Ministère de la santé et des Services sociaux. L. Rodriguez et L. Guay, « L'évaluation, pourquoi ? Renouvellement des systèmes : système public et système communautaire », dans *Évaluer, pourquoi ?*, Ministère de la santé et des services sociaux, Conseil québécois de la recherche sociale, 1996.
 5. Gouvernement du Québec, *La politique de la santé et du bien-être*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992. L. Rodriguez, *La fonction sociale de l'évaluation dans le cadre de la réforme de la santé et des services sociaux du Québec : les enjeux politiques et méthodologiques*, Université du Québec à Montréal, 1993 ; M. Saint-Pierre et al., « Les arrangements institutionnels d'évaluation dans le domaine de la santé », dans C. Bégin et coll., *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1999.

On a déjà souligné le caractère paradoxal des principes mis de l'avant par cette politique⁶, résultat d'un compromis entre des projets sociaux contradictoires, notamment, néo-libéral et social-démocrate. D'une part, les changements tels que formulés dans les discours néo-libéraux, et qui sont relatifs à des pratiques connexes, portent en eux le risque d'une consolidation des mécanismes de contrôle technocratique des problèmes sociaux et de l'exclusion. D'autre part, il faut compter avec le potentiel d'innovation et d'ouverture du système sur la base de mesures comme la participation des usagers et des organismes communautaires aux conseils d'administration des régies régionales, l'implantation d'objectifs de résultats et la communautarisation des pratiques. Ces mesures peuvent en effet contribuer à assouplir le système, à le démocratiser et le recentrer sur les besoins du milieu plutôt que sur ses propres besoins bureaucratiques internes.

Dans ce contexte, le rôle de l'évaluation oscille entre deux pôles soit, d'un côté, ses fonctions plus techniques et restrictives liées à la gestion (monitorage, contrôle de coût, vérification d'atteinte d'objectifs du système) ; soit, d'un autre côté, une fonction plus large de remise en question de la pertinence tant des objectifs fixés que des conceptions sous-jacentes concernant les découpages des problématiques, proposées par les politiques, ainsi que des impacts⁷ (souhaitables ou non ; attendus ou non) des programmes mis en place. Corin⁸ situe ici l'enjeu éthique de l'évaluation en tant que « chien de garde » du système ou instrument de renouvellement des pratiques.

Par conséquent, on peut s'interroger sur les conditions qui permettent à l'évaluation de jouer ce rôle éthique qui lui est propre et qui marque son autonomie par rapport aux dynamiques institutionnelles dans lesquelles elle s'insère toujours. On peut aussi se questionner sur le type de résultats et de processus qui découlent d'une telle évaluation. Finalement, on peut se demander comment et à quel degré les mécanismes d'évaluation disponibles au Québec répondent à ces exigences éthiques. Il s'agira pour nous d'étudier la place qu'occupe l'évaluation dans l'actualisation des principes

6. Notamment, E. Corin, G. Bibeau *et al.*, *Comprendre pour soigner autrement. Repères pour régionaliser les services de santé mentale*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1990 ; et J. Lamoureux, *Le partenariat à l'épreuve*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1994.

7. Ces deux fonctions de l'évaluation se rapprochent des termes proposés par M. Saint-Pierre, *op. cit.*, le premier type correspond à l'« évaluation technique » et le second à l'« évaluation de légitimation ».

8. E. Corin, « Changer de cadre : paramètres pour une approche anthropologique de l'évaluation », dans *L'évaluation sociale : savoirs, éthiques, méthodes*, colloque de l'association canadienne de sociologues et d'anthropologues de langue française (ACSALF) dans le cadre du congrès annuel de l'ACFAS, 1991.

de réorientation du système mis de l'avant par la réforme de la santé et des services sociaux, tout particulièrement dans le secteur de la santé mentale.

L'évaluation dans le domaine de la santé et des services sociaux : au-delà d'un rôle technique ?

Dans les documents concernant la réforme de la santé et des services sociaux, l'évaluation sociale prend les traits d'un visage confus, multiforme et contradictoire. Si elle apparaît parfois associée à la recherche, le plus souvent elle se confond avec le suivi de gestion et le monitoring. Par ailleurs, diverses formes d'évaluation se cachent en arrière de nombreuses activités institutionnelles, même si elles ne sont pas abordées explicitement ni systématiquement dans les documents politiques. Mentionnons, à titre d'exemple, l'accréditation des établissements de santé et l'évaluation des pratiques professionnelles.

Il convient de bien cerner le champ de l'évaluation, tel qu'il est défini dans cet ensemble de documents, afin de montrer ensuite quel espace institutionnel est attribué aux dimensions de l'évaluation qui l'amènent à dépasser sa fonction, notamment la prise en compte du pluralisme des valeurs (et fondamentalement le point de vue des usagers et des organismes communautaires). On peut aussi se demander quelle est la contribution de l'évaluation à la réorientation du système en termes des résultats, tant sur le plan du renouvellement des pratiques que sur celui des transformations des conditions d'existence des populations.

Nous faisons l'hypothèse qu'à travers ces principes, il s'est créé un espace potentiel favorable à une forme d'évaluation réflexive et participative qui dépasse le rôle technique de surveillance et de contrôle, mais que cet espace n'a pas été suffisamment exploité. L'analyse de la fonction évaluative nous permettra aussi d'avancer des hypothèses quant à l'implantation de la Politique en santé mentale et aux obstacles qui se présentent en matière d'actualisation de ses grandes orientations.

Réorienter le système ou réorganiser les services ?

Un des apports fondamentaux de la « réforme Côté » se manifeste dans la volonté de réorienter le système de soins vers des objectifs de résultats articulés par le biais des plans d'organisation de services (POS)⁹. Jusqu'au

9. Ces programmes sont bâtis régionalement à partir de champs d'activités qui regroupent les problèmes prioritaires fixés au niveau provincial par la Politique de la santé et du bien-être.

moment de la réforme, la gestion des services se faisait essentiellement par catégories d'établissements ou par groupes de professionnels, un modèle qui a été dénoncé en raison de l'inefficacité, de la rigidité et du chevauchement des interventions qui en résultent. Mais, la critique fondamentale concerne l'imputabilité, laquelle, au sein de ce système « porte davantage sur le respect de l'enveloppe allouée et des règles budgétaires que sur l'atteinte de résultats exprimés en termes de réduction de problèmes¹⁰ ».

L'orientation du système vers des objectifs de résultats exprimés en termes de réduction de problèmes suppose : 1) de considérer la production des services comme un moyen et non comme une fin en soi ; 2) de considérer les individus, les groupes et les communautés comme des acteurs à part entière dans la recherche de solutions à leurs problèmes et non pas seulement comme des bénéficiaires de services ; 3) de s'ouvrir à la collaboration à l'intérieur même du système mais aussi avec des partenaires extérieurs¹¹.

Au niveau de l'évaluation, on pourrait s'attendre à ce que cette fonction soit associée aux grands principes et orientations majeures de la réforme. En effet, la réforme, en ouvrant un espace potentiel d'articulation entre l'évaluation et ses grands principes, aurait pu contribuer à la création d'un processus de transformation plus réflexif et participatif. Ainsi, l'évaluation, dans le sillon des courants contemporains dans le domaine, aurait pu s'articuler et être partie prenante du partenariat, du mouvement de démocratisation du système, de l'évaluation des résultats et des objectifs des programmes et politiques et viser la transformation des pratiques dans une véritable réorientation du système. En effet, il est possible de retrouver les traces de cette ouverture dans les discours et pratiques du MSSS.

(Gouvernement du Québec, *La Politique...*, *op. cit.*) soit : l'adaptation sociale, la santé physique, la santé publique, la santé mentale et l'intégration sociale. En ce qui a trait à la distribution des responsabilités sur les plans national et régional, le ministère assume la responsabilité de la conception des programmes nationaux, de la régionalisation de l'organisation des services et de l'aménagement des ressources, ainsi que de leur répartition équitable et de l'évaluation des résultats, *ibid.*, p. 174). Les régies régionales doivent organiser l'ensemble des services à travers les Plans régionaux d'organisation des services (PROS). Elles doivent également assurer la coordination des interventions et la collaboration et la coordination des acteurs régionaux (publics, privés et communautaires) aux niveaux sectoriel et intersectoriel. Les régies régionales sont aussi en charge de l'établissement des mécanismes d'évaluation au niveau régional. La réforme veut ainsi établir un partenariat entre des acteurs diversifiés pour atteindre ses objectifs. Il est important de souligner que les conseils d'administration des régies sont constitués de citoyens élus.

10. *Ibid.*, p. 175.

11. *Ibid.*, p. 174.

D'une part, la Réforme accorde implicitement un rôle majeur à certaines dimensions de l'évaluation en tant qu'instrument de développement des connaissances, de mécanisme d'imputabilité et d'outil d'analyse des programmes et des politiques¹². Cette perspective de l'évaluation est partagée par certains politiciens et fonctionnaires. Par exemple, en 1995, lors d'une conférence sur l'évaluation, Jeanne Blackburn, ministre de la Sécurité du revenu, affirmait que deux finalités de l'évaluation cohabitent dans les discours et pratiques gouvernementaux : le suivi des politiques et l'évaluation comme outil de changement social. Elle considérait que l'évaluation doit dépasser l'« exercice mécanique servant de justification à la reddition de comptes [...]». L'acte d'évaluer doit servir d'assise à une remise en question éclairée des façons de concevoir les problèmes et de les résoudre¹³. » D'autre part, la mise en place du comité ministériel sur l'évaluation des organismes communautaires et bénévoles laissait entrevoir la possibilité de tenir compte des points de vue des acteurs extérieurs au système et du développement de processus d'évaluation respectueux de ceux-ci.

Finalement, la réforme attribue une place importante aux usagers dans des processus évaluatifs. La loi 120 prévoit l'instauration de deux mécanismes centrés sur la qualité des services. D'un côté, les comités d'usagers créés dans chaque établissement du réseau hospitalier, « dans le but de faciliter l'accès à l'information, la promotion et la représentation des droits et des intérêts des utilisateurs des soins et des services ». Deuxièmement, le système de plaintes géré par les instances locales et régionales, fondé sur l'arbitrage systématique des instances administratives¹⁴.

Il faut également ajouter l'expérience relative au champ de la santé mentale où la Politique de santé mentale (1989) crée un réseau régional d'organismes communautaires ayant obtenu le mandat d'assurer l'accompagnement et la défense des droits des usagers : l'Association des groupes de défense des droits et d'accompagnement, santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ). La dimension « défense des droits » et le fait que le mandat ait été attribué à des ONG entraîne un déplacement intéressant : on ne considère pas l'utilisateur exclusivement comme « consommateur des services ». On ramène ainsi l'évaluation des services de santé dans l'espace

12. L. Rodriguez, *op. cit.*

13. La ministre considère en tant que partenaires de l'évaluation des acteurs tels les décideurs, les intervenants et les universitaires. Gouvernement du Québec, *Évaluer pourquoi ?*, *op. cit.*, p. 10.

14. M. Saint-Pierre, C. Bégin, P. Joubert, J. Tourgeon, « Les arrangements institutionnels d'évaluation dans le domaine de la santé », dans C. Bégin et coll., *op. cit.*, p. 300.

de la citoyenneté et du questionnement des pratiques. Cependant, l'étude de l'impact de l'action de ces organismes sur la transformation des pratiques reste à faire.

Un cadre institutionnel restreint

Il importe de lire très attentivement les divers documents qui décrivent les termes de la réforme pour bien saisir le rôle qui est attribué à l'évaluation. Même si un chapitre lui est spécialement dédié, d'autres parties y réfèrent de manière implicite. Plus exactement, dans le cadre de la réforme, on explicite les contours de deux mécanismes ayant une fonction évaluative. Plus proche du suivi de gestion, le monitoring s'appuie en effet sur un ensemble d'indicateurs et permet de « suivre dans le temps et dans l'espace l'évolution de la situation eu égard aux buts recherchés ». L'évaluation comme telle, définie à partir de la notion d'évaluation de programme, « vise à porter un jugement sur la pertinence, l'efficacité, l'efficacé, la qualité et l'impact de l'ensemble des interventions dans le système ». Ainsi, l'évaluation peut servir à « redessiner l'organisation et le fonctionnement de ressources en fonction d'une clientèle ou d'un problème particulier, pour en améliorer la performance¹⁵ ». Ces considérations correspondent à la sixième stratégie contenue dans la *Politique de la santé et du bien-être* : « Orienter le système de santé et de services vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses » tout en appréciant « la contribution du système à l'atteinte des résultats¹⁶ ».

Afin d'accomplir cette fonction évaluative, le ministère propose la mise en place de plusieurs mécanismes. D'une part, il veut développer des systèmes de cueillette de l'information, tels des indicateurs de l'état de santé de la population ; l'enquête de Santé et bien-être du Québec et un système d'information clientèle et population en fonction des programmes et champs d'activités. D'autre part, il se donne comme objectif d'évaluer systématiquement la qualité et l'efficacité des interventions, des technologies et des services de santé et des services sociaux et de réviser toute la gamme des services en fonction des besoins, de l'efficacité des interventions et des résultats obtenus. Et ce sont les régies régionales qui sont mandatées en matière de gestion de « l'organisation des services et [qui] procèdent à l'allocation des ressources aux établissements. [...] les politiques et programmes de santé établis au niveau provincial sont mis en œuvre

15. Gouvernement du Québec, *La Politique...*, *op. cit.*, p. 180.

16. *Ibid.*, p. 179.

et évalués au niveau régional », plus spécifiquement, sur l'efficacité des services, le degré d'atteinte des objectifs, le degré de satisfaction des usagers. Il faut également s'assurer du suivi de gestion et de l'évaluation des programmes opérationnalisés dans les plans régionaux d'organisation de services (PROS). Finalement, les établissements doivent garantir « un bon suivi de gestion des services offerts en portant une attention particulière aux indicateurs de qualité et à l'évaluation de la satisfaction des clients et de la population générale¹⁷ ».

Ces orientations peuvent se situer dans un contexte discursif plus général qui tend à réduire les buts de la fonction évaluative : la directive du Conseil du Trésor qui adopte en 1989 l'analyse des programmes, la vérification interne et l'évaluation de qualité : *Vivre selon nos moyens* » (1993) et le plan triennal, *Défi « qualité-performance »* (1993), qui consolide la fonction évaluative associée à la surveillance et la recherche évaluative dans le but d'assurer la performance du système dans le contexte des restrictions budgétaires et établit une gamme de mesures (allocation-utilisation des ressources-services, révision des paniers de services ou des services rendus, contrôle de la rémunération des professionnels, coûts comparatifs, satisfaction de la clientèle, qualité des soins-services, etc.

Tant la définition de la fonction évaluative que ses objectifs et ses moyens contribuent donc à la cantonner à jouer un rôle technique de suivi de gestion et de surveillance. Ainsi, malgré la multiplication des mesures évaluatives, il existe peu d'espace pour des synthèses¹⁸ permettant d'élaborer des analyses critiques globales qui questionnent les objectifs fixés par des politiques et des programmes à partir des résultats, des impacts et d'une pluralité de points de vue.

Cette difficulté est bien illustrée par le sort réservé à l'une des tentatives devant servir à définir un cadre d'évaluation respectueux des organismes communautaires et bénévoles dans le secteur de la santé et des services sociaux. À cet effet, le vérificateur général du Québec¹⁹, qui s'est penché sur le soutien du gouvernement aux organismes communautaires, n'a pu que constater la lenteur avec laquelle le gouvernement a traité l'approbation du document du comité ministériel sur l'évaluation des organismes communautaires et bénévoles. En 1996, en dépit de cinq années de consultations entre le ministère, les régies régionales et les organismes

17. M. Saint-Pierre, C. Bégin, P. Joubert, J. Tourgeon, *op. cit.*, p. 296.

18. *Id.*

19. Gouvernement du Québec, *Rapport du vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 1995-96*, 1997.

communautaires, aucun entente sur la façon de procéder à leur évaluation n'avait été conclue. Après la publication du rapport du vérificateur, le document a été approuvé par le ministère qui a demandé aux régies régionales de procéder à une expérimentation. On peut cependant constater que l'application de ce document dépend de la bonne volonté des fonctionnaires responsables des Régies régionales. Le vérificateur a également critiqué le manque de mécanismes permettant une compréhension plus globale du rôle des organismes communautaires qui sont évalués de façon très sommaire dans le cadre d'une analyse annuelle de leurs demandes de subvention et de leurs rapports d'activité et financiers.

Récemment, le champ de la santé mentale a permis aussi d'illustrer d'autres obstacles associés au cadre institutionnel de l'évaluation dans le secteur de la santé et des services sociaux. Mentionnons que le vérificateur général du Québec a déjà souligné l'espace restreint occupé par l'évaluation des politiques spécifiques. Concrètement, en ce qui concerne l'évaluation dans le secteur de la santé mentale, le rapport du vérificateur reprend les considérations soulevées par la *Politique de santé mentale* de 1989, laquelle introduit l'évaluation en tant que « fonction de gestion ». Le rapport du vérificateur souligne que cette politique prévoit également procéder à l'évaluation globale de la pertinence et du fonctionnement des moyens et des résultats prévus et identifie quels sont les obstacles à la réalisation de ces évaluations. Ainsi, les objectifs concernant la santé mentale ne sont pas identifiés clairement en ce qui a trait aux résultats et à leur réalisation dans le temps, ni dans le cadre de la Politique de la santé et bien-être ni dans celui des programmes régionaux d'organisation des services (PROS). Selon le vérificateur, le seul document évaluatif produit depuis la mise en œuvre de la politique en santé mentale est le bilan ministériel d'implantation²⁰ (juin 1996). Mis à part ce document, peu de programmes ont été évalués et les régies régionales ne disposent tout simplement pas d'un plan d'action leur permettant de diriger et de soutenir l'évaluation en santé mentale.

À la suite de cette interpellation, le MSSS s'est engagé à « dresser différents objectifs de résultats qui vont permettre l'évaluation » de la *Politique de la santé mentale* et la réorganisation des services. Depuis, le MSSS a également publié plusieurs documents d'orientation visant la transformation des services en santé mentale, notamment : le *Plan d'action pour la transformation des services en santé mentale* (1998) et la

20. Le processus d'élaboration de ce document sera abordé dans la section suivante.

Démarche pour mobiliser le réseau et appuyer la transformation des services de santé mentale (1999). Mais l'analyse de ces documents montre aussi des restrictions importantes quant au rôle attribué à l'évaluation.

Dans le premier document, l'évaluation figure parmi les onze objectifs du plan de transformation du réseau de la santé mentale. Elle est nettement orientée de manière à assumer une fonction de soutien à cette transformation et de reddition de comptes. Il est intéressant de noter que le titre du chapitre portant sur l'évaluation invite à s'« appuyer sur la recherche et l'évaluation » et que l'objectif associé à ce mandat le balise immédiatement de la façon suivante : « Réorienter la recherche et l'évaluation de manière à soutenir la transformation et à rendre compte des résultats²¹ ». Enfin le monitoring constitue un autre objectif du plan de transformation. Il s'agira pour un groupe MSSS-Régies régionales d'assurer « le suivi de la transformation en santé mentale au moyen d'indicateurs » de façon à pouvoir fournir « des informations standardisées, fiables et utiles sur les aspects importants de la performance du système²² » aux décideurs. Dans ce document, l'évaluation reste donc associée à sa fonction technique.

Par ailleurs, en novembre 1999, le gouvernement du Québec a mis en place un groupe devant appuyer la transformation des services de santé mentale. Formé de « partenaires » (institutionnels, professionnels, chercheurs, usagers), ce groupe est chargé « de faciliter et de soutenir le changement en mettant à profit l'expérience de ses membres et en mobilisant les acteurs en cause ». Malgré l'ampleur de la démarche de consultation, il reste que dans le document qui la guide, *Démarche pour mobiliser le réseau et appuyer la transformation des services de santé mentale*, l'évaluation occupe une place très modeste ou tout du moins une place très balisée. En effet, le groupe va devoir travailler à la mise en place de quatre chantiers portant respectivement sur : 1) la mise en place des services requis ; 2) la mise en place de réseaux intégrés de services ; 3) l'analyse des conditions de succès de la transformation des services, et enfin, 4) « la validation des résultats mesurés au moyen d'indicateurs ». C'est dans le cadre de ce dernier chantier que se situe l'évaluation, laquelle est réduite au « monitoring de la transformation des services au moyen d'indicateurs, avec la collaboration des Régies régionales de la santé et des services sociaux ». Ces indicateurs, définis à l'avance et qui servent de balises au

21. *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Direction de la planification et de l'évaluation, 1998, p. 33.

22. *Ibid.*, p. 36.

travail de réflexion du groupe d'appui, se présentent comme suit : le nombre de lits de psychiatrie par 1000 personnes par région ; le nombre de jours d'hospitalisation prévus pour des personnes âgées de plus de 18 ans pour un diagnostic psychiatrique ; le pourcentage des dépenses réservées au programme de santé mentale par rapport à l'ensemble des dépenses d'une région ; le pourcentage des coûts directs nets réservés à des hospitalisations et des coûts directs nets réservés à d'autres services de santé mentale. En fait, il s'agit ici de surveiller si les transformations se font à partir des indicateurs déjà choisis. Nulle part il n'est fait mention d'une planification de processus d'évaluation permettant la remise en question à moyen ou long terme de la pertinence et de l'impact des services et pratiques mis en place, ainsi que des grandes orientations de la politique.

Partenariat ou participation folklorisée ?

La multiplication des espaces de consultation contraste avec la place donnée aux usagers et au mouvement communautaire lorsqu'il s'agit d'évaluer l'implantation des programmes, de participer à des recherches évaluatives spécifiques qui s'intéressent à leur point de vue et finalement, dans la prise de décision qui s'ensuit. Il est frappant de constater que malgré une participation active et très importante du mouvement communautaire et des usagers dans les processus de consultations visant l'élaboration, l'implantation ou la modification des politiques de la santé et des services, leur place reste beaucoup plus marquante dans le cadre de ces étapes consultatives que dans celui des évaluations formelles.

Pourtant, le champ de la santé mentale a été un champ pionnier lorsqu'il a été question de donner aux usagers la place qui leur revenait et d'établir un partenariat pour assurer le renouvellement des pratiques et la réorientation des services. Tant les usagers que les ressources alternatives et communautaires ont assuré une présence très significative dans les processus de consultation qui ont donné lieu à la Politique en santé mentale du Québec de 1989. Tous ces usagers et groupes ont aussi participé activement à l'élaboration des Plans régionaux d'organisation des services par le biais d'une présence assidue au sein des comités tripartites. Mais le vent a tourné et il en a été tout autrement quand le temps de l'évaluation est arrivé.

En effet, lorsqu'on considère la composition du comité de travail chargé de dresser le bilan de l'implantation de la politique, on se rend compte

que ce comité se « réduit » à des « personnes représentant les régies régionales de la santé et des services sociaux et à d'autres appartenant aux directions du ministère concernées par la Politique²³ ». Ainsi, sur le plan de la méthode, les autres « partenaires » de l'implantation, dont les responsables du ministère avaient jusque-là amplement encouragé la participation à l'étape de la planification, ont été seulement considérés dans le cadre de nombreuses consultations où ils étaient invités à donner des informations. Mais la participation de ces acteurs s'est arrêtée là, alors qu'ils ont été totalement évacués en tant que partenaires de l'évaluation. Rappelons ici que l'objet de l'évaluation porte sur les orientations et les moyens d'action de la politique de santé mentale, mais la question centrale inhérente au bilan est la suivante : « Les moyens d'action de la Politique ont-ils été mis en œuvre conformément à cette dernière ? »

Les ressources alternatives ont critiqué ce processus. Dans un mémoire faisant état d'un bilan de la politique, le RRASMQ rappelle qu'il s'est toujours montré favorable à l'implantation d'une politique de santé mentale au Québec et que depuis la mise en place de la commission Harnois, chargée de l'élaborer, il a participé activement à ce processus à plusieurs niveaux : présentation de mémoires impliquant la mobilisation de ses membres, travail sur des comités consultatifs, rencontres *ad hoc* avec des fonctionnaires, conférences de presse, etc.

Cette participation des usagers et intervenants par le biais de leur regroupement provincial a sans aucun doute influencé les orientations de la commission. On peut dire que le RRASMQ représentait alors pratiquement l'ensemble des expériences novatrices et des pratiques alternatives qui s'étaient lentement élaborées à partir du milieu des années 1960. Au moment des travaux de cette Commission, cet organisme a surtout été la courroie de transmission permettant à la voix des usagers de se faire entendre. Et le fameux cri du cœur, « Je suis une personne, pas une maladie », a certainement donné le ton à la future politique de santé mentale en l'axant sur « la primauté de la personne ». À son tour, cette orientation a contribué à influencer l'ensemble de la réforme de la santé et des services sociaux devenue *Une réforme axée sur le citoyen*. Le RRASMQ demandait alors que les ressources alternatives soient reconnues comme des « partenaires à part égale » afin « d'officialiser la reconnaissance de ces nouvelles contributions communautaires à la prise en charge de la santé et des défis sociaux qui confrontent le Québec de notre

23. Gouvernement du Québec, *Bilan d'implantation de la politique de santé mentale*, Québec, MSSS, 1997.

époque²⁴ ». Dès 1985, cette reconnaissance avait d'ailleurs été largement entérinée par un avis du CSMQ selon lequel les ressources alternatives offraient « une solution différente pour une même situation donnée²⁵ ». Mais le RRASMQ souligne que sa demande de reconnaissance en tant que *ressources alternatives* n'a pas été entendue par la commission Harnois. Ce qui a été interprété par le mouvement alternatif comme étant un « oubli » marquant : « ... une certaine résistance à la remise en question de la structure organisationnelle d'un système [...]. Bien plus qu'une chicane de mots, l'enjeu de l'inscription des vocables "ressources alternatives" concerne la volonté du gouvernement d'entreprendre ou non un changement profond dans sa façon d'assumer sa mission de régulateur des politiques sociales et de la santé²⁶ ».

Par ailleurs, souhaitant poursuivre la démarche de partenariat qui avait conduit à l'instauration des PROS, les ressources alternatives ont revendiqué une place au sein du comité chargé de l'évaluation de l'implantation de la politique de santé mentale. Le rapport précise dans quel sens : « Nous entendions par là, non seulement être consultés, mais aussi participer à l'exercice de définition des objets de l'évaluation, à celle des indicateurs pertinents, au choix de la méthode de cueillette des données, à la définition des sources d'information pertinentes ainsi qu'aux critères d'analyse. »

Dans cette optique, le RRASMQ donne à l'évaluation un rôle qui dépasse les pures fonctions techniques : « Notre réflexion met en lumière le fait que l'évaluation des grands objectifs de la Politique de 1989 n'est pas une simple affaire technique à discuter entre spécialistes. » Il y avait donc là une intention manifeste de participer activement, à titre d'acteur riche de toute une expérience, à l'évaluation de l'implantation de la politique. On pourra apprécier ici le chemin parcouru par le « communautaire » lui-même davantage habitué à la mobilisation/confrontation plutôt qu'à la mobilisation/participation partenariale, fut-elle « conflictuelle ».

Transformation des pratiques ou déplacement des services ?

Tout ce qui a été dit jusqu'ici nous conduit à un nouveau constat concernant les objets de l'évaluation privilégiés. Le MSSS a privilégié l'évalua-

24. RRASMQ *Pour un bilan alternatif de la politique de santé mentale du Québec*, Mémoire présenté au Comité du bilan d'implantation de la *Politique de santé mentale du Québec*, 1995, p. 3.

25. CSMQ, *La santé mentale : rôle et place des ressources alternatives*, Avis par R. Paquet, F. Lavoie, G. Harnois, M. Fitzgerald, C. Gourgue, Gouvernement du Québec, 1985.

26. RRASMQ, *op. cit.*

tion de l'organisation des services, donnant une place moins importante à l'évaluation des résultats et à celle des pratiques. Cette dernière reste très limitée, sinon inexistante.

Plus fondamentalement, il est frappant de constater qu'après plus de dix ans de réformes, l'impact de celles-ci sur la transformation des pratiques d'intervention a été très limité. Premièrement, le processus de planification des services en santé mentale a évacué la question des pratiques donnant plutôt la priorité à la réorganisation des services²⁷. En 1996, le vérificateur général du Québec constate l'échec de l'implantation de la politique en santé mentale, notamment en ce qui concerne le développement de programmes de prévention et promotion et de services plus proches des milieux de vie. Par ailleurs, les ressources financières dédiées au traitement spécialisé n'ont pas été réduites mais ont plutôt augmenté les dernières années²⁸. De la sorte, les pratiques institutionnelles, tout comme la disponibilité des ressources financières, restent inchangées.

En dehors des recherches évaluatives réalisées par des chercheurs universitaires, la seule forme d'évaluation des pratiques instituée est celle établie par des corporations professionnelles²⁹. Il s'agit fondamentalement d'évaluation réalisées par des pairs à partir de critères internes à la profession, lesquels ne tiennent guère compte du point de vue des usagers qui se manifeste d'ailleurs exclusivement par le biais de plaintes³⁰. C'est justement ce monopole exercé par les corporations et l'État qui rend difficile la remise en question des pratiques évaluatives qui ont pourtant une grande incidence sur les conditions d'existence des citoyens, notamment de ceux qui vivent dans des conditions de vulnérabilité, comme c'est le cas des personnes qui fréquentent les services en santé mentale. Il va sans dire que leur rapport avec le système de soins dépasse largement le statut de « consommateurs » puisque les mesures des politiques sociales, de la santé et des services sociaux ont un impact considérable sur leur identité sociale et citoyenne ainsi que sur leurs conditions d'existence et leur destinée.

27. J. Lamoureux, *op. cit.*

28. Gouvernement du Québec, *Rapport du vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 1995-96*, 1997.

29. M. Saint-Pierre, C. Bégin, P. Joubert, J. Tourgeon, *op. cit.* p. 296.

30. Ce système a d'ailleurs été critiqué par les nombreux « filtres » administratifs qu'il met en place, ce qui réduit « son potentiel d'expression directe de la satisfaction et du point de vue des utilisateurs » (*ibid.*, p. 300).

Conclusion

Notre analyse permet de préciser où se situent les lacunes de l'implantation d'une fonction évaluative capable de contribuer à la réorientation du système de la santé et des services sociaux vers des solutions respectueuses des milieux de vie, centrées sur les citoyens et contribuant à l'amélioration de leurs conditions d'existence.

Premièrement, au lieu d'une véritable réorientation du système, nous assistons au contraire à une réorganisation des services ainsi qu'à un déplacement des pratiques institutionnelles, tout ceci répondant principalement à des impératifs de restrictions budgétaires. L'évaluation se limite alors à n'être qu'un outil technique au service des gestionnaires et politiciens et qui sert la prise de décision. Avec d'autres³¹, nous croyons qu'il est indispensable d'ouvrir des espaces de réflexion et de synthèse afin de procéder à une remise en question des politiques et programmes à partir d'une étude élargie de leurs résultats.

Deuxièmement, les mécanismes permettant de prendre en compte le point de vue des usagers et d'ouvrir au partenariat avec d'autres acteurs n'ont pas été élargis au processus d'évaluation du système. Il serait essentiel de prendre en compte le point de vue des citoyens dans ce type d'évaluation. Néanmoins, il serait naïf de croire que ce point de vue est unique et qu'il peut être connu directement. En effet, toute tentative d'évaluer les services à partir du point de vue des usagers, des citoyens, consommateurs, ou population en général fait face à la nécessité de problématiser ces termes et cela, qu'il s'agisse de la participation directe lors de consultations, de recherches dont l'objet est la compréhension de la perspective des acteurs (satisfaction, perception des services, etc.) ou encore dans le contexte de libre marché des services, de la référence au libre choix des consommateurs.

Malgré l'ouverture d'espaces de partenariat avec le mouvement communautaire, l'État tend à réduire le rôle de ces organismes à la « gestion de l'exclusion³² ». Les pressions sont fortes, de nombreuses contraintes s'imposent dans leurs pratiques quotidiennes, lesquelles font obstacle à leur vocation de mouvement social, visant la construction d'une action collective. Ces organismes sont cependant porteurs d'expériences novatrices qui questionnent les services dispensés par le réseau public. Soulignons

31. *Ibid.*, p. 296.

32. D. White, « La gestion communautaire de l'exclusion », *Lien social et politiques-RIAC*, n° 32, automne 1994.

également l'incroyable richesse des pratiques mises en œuvre par les usagers dans leurs milieux de vie³³. Les politiques étudiées ici prétendent s'enrichir par une meilleure articulation à ces dernières. Mais les moyens institutionnels pour mieux les connaître, mieux les respecter et pour en tenir compte dans l'évaluation de ses propres interventions et services sont néanmoins très rares.

Lourdes RODRIGUEZ
École de Service social
Université de Montréal

33. E. Corin, L. Rodriguez, L. Guay, « Les figures de l'aliénation : un regard alternatif sur l'appropriation du pouvoir », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 15, n° 2, p. 45-67, 1996 ; et L. Rodriguez, E. Corin et L. Guay, « Le traitement alternatif : se (re)mettre en mouvement », *Santé mentale au Québec*, numéro spécial, automne 2000.