

Évaluation de la mise en œuvre et des premiers effets

**Projet d'amélioration de l'accès aux services et
aux soins de santé primaires aux personnes
d'expression anglaise du Québec**

(Projet FASSP)

Rapport final

**présenté au
Réseau communautaire de santé et de services
sociaux**

par

**Sylvain Bernier
Kaddour Mehriiz
Richard Marceau**

Octobre 2006

Évaluation de la mise en œuvre et des premiers effets

**Projet d'amélioration de l'accès aux services et
aux soins de santé primaires aux personnes
d'expression anglaise du Québec**

(Projet FASSP)

SOMMAIRE

Contexte et raison d'être du projet FASSP

Le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) s'inscrit dans le cadre des efforts du gouvernement du Canada pour améliorer l'accès aux services de santé et services sociaux. D'un montant de 800 millions de dollars, ce fonds est destiné à soutenir les coûts transitoires de la mise en œuvre d'initiatives de grande envergure de renouvellement de soins de santé primaires. L'enveloppe « Communautés minoritaires de langues officielles » (CMLO), qui fait partie de ce fonds, est destinée à améliorer l'accès des anglophones ou des francophones en situation minoritaire à ces services.

Le projet FASSP est une initiative du Réseau communautaire de santé et services sociaux (CHSSN), financée à partir de l'enveloppe CMLO. Il a pour objectif général l'amélioration de l'accès aux services et aux soins primaires et communautaires de santé et services sociaux à la communauté d'expression anglaise du Québec, et ce, en tenant compte des différents milieux de vie. Sa raison d'être réside dans l'existence des difficultés d'accès des personnes d'expression anglaise aux services de santé et services sociaux. Plusieurs facteurs se trouvent à l'origine de cette situation. Le système de santé éprouve des difficultés à organiser une offre de services adaptée aux besoins des anglophones à cause de la faible densité de la population d'expression anglaise, de la rareté des intervenants qui maîtrisent la langue anglaise et de la relative incompréhension des besoins des anglophones. De même, il y a des lacunes dans la promotion des services de santé et services sociaux auprès des personnes d'expression anglaise. Ce manque de publicité agit négativement sur la qualité de l'utilisation des services.

Devant l'ampleur des barrières à l'accès, l'évaluation montre que les établissements de santé et services sociaux qui ont bénéficié du financement (promoteurs) considèrent que le projet FASSP répond à un besoin réel des personnes d'expression anglaise. Le financement accordé permet de concevoir et d'implanter des projets d'adaptation de l'offre de services à ces personnes. De même, la flexibilité des conditions de financement donne la possibilité de choisir les moyens d'intervention en fonction des besoins spécifiques des établissements, ce qui permet une plus grande adéquation entre l'investissement du projet FASSP et les besoins de la population anglophone.

Mise en œuvre : processus d'allocation des ressources

La mise en œuvre du projet FASSP comporte deux phases: le processus d'allocation des ressources et l'implantation des projets financés. Les données sur la mise en œuvre permettent de constater que le processus d'allocation des ressources répond aux critères d'efficacité, de transparence et d'équité. D'une part, le CHSSN a réussi à susciter un volume de demandes de financement nettement supérieur au financement disponible. La clarté de l'appel de propositions et le choix judicieux des moyens de communication ont contribué à engendrer cette demande. Toutefois, le montant des demandes de financement aurait pu être plus important si le contexte, la période de l'appel de propositions et le délai de préparations des projets avaient été plus favorables. D'autre part, la décision de financement a été accordée en premier lieu sur la base de la qualité des projets, telle qu'elle a été

évaluée par les membres du jury et au moyen de critères rendus publics. Par conséquent, et dans les limites du plafond du financement par région, ce sont les projets ayant obtenu les meilleurs pointages qui ont bénéficié du financement du projet FASSP. Enfin, le processus d'allocation de ressources a permis de prendre en considération les différences des besoins entre les régions. Les dépenses par habitant les plus élevées ont été accordées aux régions à faible accès aux services en anglais.

Si le projet FASSP a été sensible aux besoins des régions à faible accès aux services en anglais, on constate que le processus mis en place rend difficiles l'expression et la prise en compte des besoins des clientèles vivant en milieu institutionnel. Ainsi, les établissements desservant cette clientèle ont obtenu un financement nettement inférieur au budget qui avait été planifié pour eux au départ. Le petit nombre de projets et leur qualité sont mis en cause. Ces deux facteurs sont à mettre en relation avec la faible capacité des organisations desservant la clientèle vivant en milieu institutionnel de proposer des projets et la difficulté des interventions requises pour répondre aux besoins de cette clientèle.

Mise en œuvre : implantation des projets par les promoteurs

L'implantation des projets constitue la seconde phase de la mise en œuvre du projet FASSP. Sa qualité varie selon les volets et les activités. L'analyse de la conformité entre la mise en œuvre et la planification des projets montre que le volet Info-Santé a fait l'objet de changements substantiels qui touchent tant les promoteurs qui sont chargés de la mise en œuvre que le contenu et la portée de leur mission. Il semble que cette situation soit un corollaire de l'intervention du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Ce dernier a redéfini les projets de ce volet afin de les intégrer dans sa stratégie de réorganisation du service Info-Santé. Ces modifications ne sont pas nécessairement une faiblesse de la mise en œuvre dans la mesure où, lorsque pris dans leur ensemble, ce sont les projets de ce volet qui s'alignent le mieux sur la stratégie d'intervention du projet FASSP.

En ce qui concerne les effets des activités sur la qualité de la mise en œuvre, on constate que le recrutement et le développement des ressources humaines, la traduction, la promotion de services, la concertation avec les anglophones et le développement des ressources informationnelles ont été bien implantés. Par contre, la majorité des projets de réorganisation de services n'a pas produit les extrants planifiés. Les promoteurs de ce type de projets soutiennent que les contraintes de temps et le manque de leviers de contrôle sur les acteurs impliqués dans la réorganisation de services sont les causes des difficultés rencontrées.

Tout au long de la mise en œuvre, les promoteurs de projets ont fait face à un ensemble de défis. Parmi ces derniers, on note le besoin de présenter et d'implanter des projets qui répondent aux besoins de la clientèle, qui soient en concordance avec la dynamique du réseau de la santé et services sociaux et qui respectent les grandes orientations du MSSS et de Santé Canada. De même, les projets devaient être implantés dans un délai de 15 mois, ce qui constitue une période relativement courte, vu la nature des changements planifiés. La collaboration des instances internes des organisations, à savoir la disponibilité d'une équipe de projet compétente et stable, soutenue par la direction et par le personnel, a été jugée comme une condition favorable à la réussite des projets. La contribution du CHSSN et des

organismes communautaires figure parmi les principaux facteurs qui ont facilité la réalisation des projets.

En ce qui concerne la concordance entre les orientations du CHSSN et les initiatives des promoteurs, on constate que certains projets ne s'inscrivent pas directement dans le cadre des leviers d'intervention du projet FASSP. C'est le cas des projets de traduction, de formation ou de promotion de services. Toutefois, il est important de souligner que même si ces activités ne font pas partie de la stratégie initiale du projet FASSP, elles s'alignent sur les objectifs généraux du projet FASSP ainsi que sur les objectifs spécifiques de l'enveloppe CMLO du FASSP.

Pour réaliser les activités, on constate que la presque totalité du budget alloué aux projets a été engagée. La possibilité de transférer les fonds entre les activités et de reporter des dépenses entre les périodes a contribué à atteindre ce taux élevé d'engagement de dépenses. Étant donné la possibilité des transferts entre activités, la part du budget consacrée aux activités d'information a été réduite au profit des activités d'organisation. Ce changement est dû à la non-réalisation de la campagne nationale de promotion du service Info-Santé.

Premiers effets

Les entrevues et les questionnaires révèlent que les promoteurs et les organismes communautaires croient que le projet FASSP contribue à améliorer l'accès des personnes d'expression anglaise aux soins de santé et services sociaux et à favoriser les liens entre la communauté et les établissements responsables de fournir ces services, lesquels constituent les deux grands objectifs de ce projet. Ce résultat découle du renforcement de la capacité des établissements de santé et services sociaux à servir la population anglophone et des liens instaurés avec la population anglophone à la suite de la participation des organismes communautaires dans la conception et la mise en œuvre des projets. Cependant, le maintien des acquis du projet FASSP est perçu comme un enjeu important, car il nécessite une continuité des investissements destinés à soutenir les organisations dans leurs efforts pour adapter l'offre de services en langue anglaise.

Parmi la gamme d'activités planifiées par les promoteurs, quatre semblent avoir des effets particulièrement positifs sur l'amélioration des conditions d'accès aux services en langue anglaise. Il s'agit du recrutement et du maintien des intervenants, de la réalisation des études, de la concertation avec les personnes d'expression anglaise et de la promotion des services auprès de la communauté anglophone. Les activités de formation, de recrutement de bénévoles, d'organisation de services et de traduction des documents pour usagers semblent, pour l'instant, avoir moins d'effets sur ces conditions.

Conclusion

En conclusion, le projet FASSP constitue une subvention aux établissements de santé et services sociaux qui est destinée à pallier une réelle insuffisance en ce qui concerne l'offre de services aux personnes d'expression anglaise. L'allocation de cette subvention a été réalisée dans le respect des critères d'efficacité, de transparence et d'équité. Par contre, la qualité de la mise en œuvre des projets financés par le CHSSN varie selon les activités, avec des difficultés plus importantes dans l'implantation des projets de réorganisation de services. On note également un écart entre la stratégie du projet FASSP et les activités de

certaines promoteurs. Finalement, la majorité des promoteurs et des organismes communautaires affirme que le projet FASSP améliore les conditions d'accès des personnes d'expression anglaise aux services de santé et services sociaux. Ils s'accordent également sur le fait que la pérennité de ces effets est un enjeu qui milite pour la recherche de sources de financement continues.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	I
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
INTRODUCTION	1
CADRE D'ANALYSE ET MÉTHODOLOGIE	3
PARTIE I : PRÉSENTATION DU PROJET FASSP.....	7
1 MISE EN CONTEXTE.....	7
2 LES OBJECTIFS DU PROJET FASSP	8
PARTIE II : MISE EN ŒUVRE DU PROJET FASSP	11
1 RAISON D'ÊTRE DU PROJET FASSP.....	11
2 PROCESSUS D'ALLOCATION DES RESSOURCES.....	12
2.1 Composantes du processus.....	12
2.2 Résultats du processus d'allocation de ressources	16
3 MISE EN ŒUVRE DES PROJETS.....	19
3.1 Bref aperçu de la mise en œuvre des projets	19
3.2 Activités du projet FASSP	20
3.3 Défis de la mise en œuvre	28
3.4 Engagements de dépenses	33
3.5 Comparaison entre la stratégie du projet FASSP et les activités des promoteurs.	36
PARTIE III : EFFETS DU PROJET FASSP.....	39
1 PERCEPTION DES EFFETS DU PROJET FASSP	39
2 RELATION ENTRE LES ACTIVITÉS ET LES PERCEPTIONS DES EFFETS DU PROJET FASSP	40
CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE.....	45
ANNEXE	51

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I :	Processus séquentiel d'évaluation du CREXE	3
Tableau II:	Les dimensions de la mise en œuvre du projet FASSP.....	4
Tableau III :	Grille d'évaluation des projets.....	15
Tableau IV:	Comparaison des scores des projets retenus et des projets non retenus	16
Tableau V :	Relation entre le poids démographique des anglophones, l'étendue des besoins et le financement du projet FASSP.....	18
Tableau VI :	Synthèse des formules de formation	23
Tableau VII :	Comparaison entre la structure planifiée et la structure réelle du projet FASSP	34
Tableau VIII :	Taux trimestriel d'engagement des dépenses (engagement/prévisions du trimestre).....	34
Tableau IX :	État de réalisation des activités du projet FASSP).....	51
Tableau X:	Synthèse des corrélations entre les activités et les effets perçus du projet FASSP	53
Tableau XI:	résultats des analyses par régression des effets perçus du projet FASSP.....	55
Tableau XII:	comparaison des effets du projet FASSP avec ou sans les activités de réorganisation de services	57
Tableau XIII:	Comparaison entre les organismes communautaires et les promoteurs du projet FASSP	58

INTRODUCTION

Le Centre de recherche et d'expertise en évaluation (CREXE) a été mandaté par le Réseau communautaire de santé et services sociaux (CHSSN) pour évaluer son initiative d'amélioration de l'accès aux services et aux soins de santé primaires aux personnes d'expression anglaise (projet FASSP). Dans le cadre de son intervention, l'équipe d'évaluation du CREXE a réalisé une analyse des archives du projet ainsi que des données par entrevues et par sondage. Cette analyse a donné lieu à trois rapports : le rapport d'analyse documentaire, le rapport d'analyse d'entrevues et le rapport d'analyse des données des sondages.

Le présent rapport est une synthèse de ces rapports d'analyse. Il constitue une évaluation de la mise en œuvre et des premiers effets du projet FASSP. De ce fait, il se scinde en trois parties. Après un bref rappel du cadre d'analyse et de la méthodologie, la première partie est consacrée à la présentation du contexte et des objectifs du projet FASSP. La deuxième partie a pour objet l'analyse de la raison d'être et des deux constituantes de la mise en œuvre de ce projet : le processus d'allocation des ressources et l'implantation des activités par les établissements bénéficiaires du financement. La dernière partie traite de l'évaluation des premiers effets du projet FASSP.

CADRE D'ANALYSE ET MÉTHODOLOGIE

Le CREXE a mis au point un processus séquentiel d'évaluation en trois phases, traitant 12 composantes d'une intervention publique (tableau I). La première phase de notre intervention a fait l'objet d'une étude préparatoire qui a servi à élaborer le modèle de la problématique, le cadre logique du projet FASSP ainsi que les devis d'évaluation de la mise en œuvre et des premiers effets. La présente étude représente la deuxième phase de notre intervention et porte principalement sur les points 5 à 8 du processus séquentiel.

Tableau I : Processus séquentiel d'évaluation du CREXE

ÉTAPES DU PROCESSUS D'ÉVALUATION	PHASE I	PHASE II	PHASE III
	Étude préparatoire	Évaluation de la mise en œuvre <i>De nature surtout formative</i>	Évaluation finale <i>De nature surtout sommative</i>
1. Raison d'être 2. Cibles et indicateurs 3. Objectifs 4. Nature de l'intervention	Analyse logique du programme et de ses intentions (fondements) ✓ <i>Modèle causal</i> ✓ <i>Modèle logique (version I)</i>	Présentation du programme et de son analyse logique ✓ <i>Modèle causal</i> ✓ <i>Modèle logique (version II)</i>	Présentation du programme et de son analyse logique ✓ <i>Modèle causal</i> ✓ <i>Modèle logique (version III finale)</i>
5. Intrants 6. Principales activités de production 7. Extrants	Élaboration des scénarios de suivi de la mise en œuvre du programme	Application des scénarios de suivi de la mise en œuvre et mesure des premiers effets	Retour sur la mise en œuvre
8. Effets	Élaboration des scénarios de mesure des effets		Application des scénarios de mesure des effets
9. Atteinte des objectifs 10. Rendement absolu des ressources 11. Rendement relatif des ressources (solutions alternatives) 12. Valeur du programme	Élaboration des scénarios de mesure du rendement		Application des scénarios de mesure du rendement <i>En tenant compte des résultats de l'évaluation de mi-parcours</i>

Pour opérationnaliser le processus séquentiel, nous avons distingué deux niveaux d'analyse : la macro-implantation et la micro-implantation (tableau II). Chaque niveau d'analyse fait référence à des activités qui diffèrent selon les rôles des acteurs qui y interviennent.

Tableau II : Les dimensions de la mise en œuvre du projet FASSP

Niveaux de mise en œuvre	Intrants	Activités de production	Extrants
CHSSN (Macro-implantation)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Financement de Santé Canada ▪ Autres ressources 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Allocation des ressources : appel de propositions, étude des propositions et sélection des projets ▪ Gestion des fonds et activités de suivi et d'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Financement accordé ▪ Services de soutien et de suivi
Promoteur (Micro-implantation)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Financement reçu du CHSSN ▪ Services de soutien et de suivi ▪ Contribution des partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planification et réalisation des projets 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réorganisation des structures et des processus ▪ Développement de nouveaux services ▪ Formation du personnel, traduction, promotion, etc.

Pour l'évaluation de la mise en œuvre et des premiers effets, nous avons procédé à la diversification des sources d'information et à la triangulation des résultats des analyses réalisées à partir de ces sources. Ainsi, nous avons eu recours à trois sources de données : les archives du projet FASSP; les entrevues semi-structurées et les sondages.

L'analyse des archives a porté sur les documents-cadres du projet FASSP tels que les lignes directrices du Fonds d'accès aux soins et services primaires (FASSP) et l'initiative présentée par le CHSSN à Santé Canada pour obtenir le financement. L'examen de ces documents a permis de mettre en contexte le projet FASSP en prenant connaissance des politiques du gouvernement fédéral en matière d'accès aux services de santé et services sociaux et des principes et objectifs du FASSP. Les documents-cadres ainsi que les écrits scientifiques sur la problématique d'accès aux services de santé ont servi à la réalisation de l'étude préparatoire. Cette dernière représente le cadre d'évaluation du projet FASSP. Par ailleurs, les propositions des établissements de santé, les travaux des jurys d'évaluation des projets, le budget du projet FASSP ainsi que les rapports d'activités et les rapports financiers ont été utilisés comme sources de données pour l'analyse de la mise en œuvre de ce projet.

Les entrevues constituent la deuxième source de données. Entre décembre 2005 et mars 2006, 32 personnes ont été rencontrées dans le cadre d'entrevues individuelles (n = 13) ou de groupe (n = 14). Ces intervenants appartiennent au CHSSN (n = 6) et aux établissements qui ont bénéficié du financement (n = 21) ainsi qu'aux organismes communautaires desservant la population d'expression anglaise (n = 6). Au total, 13 projets ont fait l'objet des entrevues. Ces projets couvrent 11 régions administratives du Québec et représentent 50 % du financement du projet FASSP. Ils ont été sélectionnés sur la base de cinq critères : le statut de l'organisation, la région administrative, le budget du projet, ses activités et enfin le volet

auquel il appartient. La raison derrière le choix de ces critères est de tenir compte de la diversité des projets et de leur problématique d'intervention.

Les entrevues ont été complétées par une collecte de données au moyen de questionnaires en ligne. Ainsi, trois questionnaires ont été conçus pour réunir les données. Celles-ci concernent trois aspects fondamentaux du projet FASSP : la problématique d'accès des personnes d'expression anglaise aux services de santé et services sociaux, la mise en œuvre du projet et enfin, ses effets sur les personnes d'expression anglaise, les organisations du réseau de la santé et services sociaux et les organismes communautaires. Ces questionnaires ont été adressés aux promoteurs des projets, aux organismes communautaires œuvrant dans la communauté anglophone et aux Centres de santé et services sociaux (CSSS) non bénéficiaires du financement du projet FASSP. Ces derniers étaient censés constituer un groupe de comparaison avec les établissements bénéficiaires du projet FASSP. Pour les promoteurs et les organismes communautaires, les taux de réponse ont été respectivement de 70 % (n = 26) et 37,5 % (n = 21). Quant aux CSSS servant de groupe de comparaison, aucun d'eux n'a répondu au sondage.

La diversification des outils de collecte de données et leurs sources ont pour finalité l'amélioration de la qualité de l'évaluation. Cette tactique permet de choisir les outils en fonction de leur capacité à fournir l'information recherchée. De même, l'usage des outils selon leurs avantages comparatifs rend possible leur complémentarité, comme c'est le cas lorsque les données d'entrevues servent à interpréter les résultats des analyses des données financières ou de sondage. De plus, la diversité des sources et des outils de collecte de données permet de comparer les informations selon les sources et de faire ressortir les convergences et les divergences. Plus les données provenant de différentes sources sont convergentes, meilleure est la qualité des conclusions de l'évaluation. Compte tenu de ces considérations, la présente évaluation est le résultat de l'analyse de trois sources de données : les archives du projet FASSP, les entrevues semi-structurées et les sondages.

La portée de la présente étude a pour limite l'absence de mesure des effets à moyen et à long terme du projet FASSP sur les personnes d'expression anglaise. De même, les données sur certains aspects de la raison d'être de ce projet et ses premiers effets ont été collectées auprès des fournisseurs de services et des organismes communautaires. Or, les anglophones constituent la population cible de l'intervention et par conséquent, ils auraient dû représenter la première source d'information sur leurs conditions d'accès aux services et sur la contribution du projet dans leur amélioration. Enfin, lors de la collecte de données par entrevues, l'évaluation n'a pas abordé le point de vue de deux acteurs à propos du contexte du projet FASSP et de sa mise en œuvre. Il s'agit de Santé Canada et du MSSS du Québec.

PARTIE I : PRÉSENTATION DU PROJET FASSP

1 Mise en contexte

La Loi canadienne sur les langues officielles énonce que « le gouvernement fédéral s’engage à favoriser l’épanouissement des minorités francophones et anglophones du Canada et à appuyer leur développement, ainsi qu’à promouvoir la pleine reconnaissance et l’usage du français et de l’anglais dans la société canadienne » (Ministère de la Justice, 1985). À cet égard, la qualité de la santé est un facteur important dans le développement de la population et la réalisation du bien-être social.

La qualité de la santé dépend, dans une large mesure, de l’accès aux services de santé et services sociaux. Pour améliorer l’accès à ces services, des efforts ont été déployés au Canada pour diminuer les barrières d’ordre financier telles que l’effet du revenu sur la demande des soins de santé (Santé Canada, 2001). Cependant, de l’avis de certains observateurs (Santé Canada, 2001), des facteurs tels que les barrières linguistiques et culturelles n’ont pas été suffisamment pris en considération. Or, ces derniers peuvent entraîner des disparités dans l’accès aux soins de santé et aux services sociaux entre les divers groupes sociaux et entre les diverses régions du pays. Ces disparités vont à l’encontre des principes fondamentaux du système canadien de santé dont, notamment, l’universalité et l’accessibilité des soins.

Le Fonds pour l’adaptation des soins de santé primaires (FASSP) s’inscrit dans le cadre des efforts du gouvernement du Canada pour améliorer l’accès aux services de santé et services sociaux. Il représente un investissement de 800 millions de dollars. Ce fonds soutient « les coûts transitoires de la mise en œuvre d’initiatives de grande envergure de renouvellement de soins de santé primaires. À la suite de telles initiatives, un changement fondamental et durable devrait survenir concernant l’organisation, le financement et la prestation des services de santé primaires qui amélioreront l’accès, l’imputabilité et l’intégration des services » (Santé Canada, 2003). Ce fonds comprend cinq enveloppes budgétaires : provinciale-territoriale, multigouvernementale, nationale, autochtone et communautés minoritaires de langue officielle (CMLO).

L’enveloppe CMLO est destinée à appuyer les initiatives de renouvellement des soins de santé primaires qui profiteront aux communautés anglophones au Québec et aux communautés francophones hors Québec. Plus spécifiquement, les investissements réalisés à partir de cette enveloppe budgétaire doivent servir à :

- améliorer le partage d’informations ainsi que l’établissement de réseaux et de liens entre les fournisseurs, les gouvernements et les communautés minoritaires de langue officielle;
- élaborer des activités de formation et des outils à l’intention des fournisseurs en vue d’améliorer l’accessibilité des services de soins de santé primaires pour les communautés minoritaires de langue officielle;

- accroître la capacité des fournisseurs d'offrir des services de soins de santé primaires aux communautés minoritaires de langue officielle dans l'ensemble du pays.

Dans ses lignes directrices, le FASSP exige que les demandes de financement proviennent d'organismes non publics mandatés par le Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire (CCCASM) pour entreprendre des initiatives en son nom. En plus, les organismes sont invités à présenter une demande collective pour leur population. De ce fait, le CHSSN a été choisi par ce comité afin de proposer une initiative en son nom dans le cadre du CMLO pour le Québec. Toutefois, le CCCASM demeure responsable de cette initiative.

En mai 2004, le CHSSN a fait le dépôt officiel d'une proposition à Santé Canada intitulée « Amélioration de l'accès aux services et aux soins de santé primaires aux personnes d'expression anglaise du Québec », ci-après nommée « projet FASSP ». À la suite de cette proposition, le CHSSN a reçu du CMLO un financement de 10 M\$. Ce montant représente la part du Québec dans cette enveloppe.

2 Les objectifs du projet FASSP

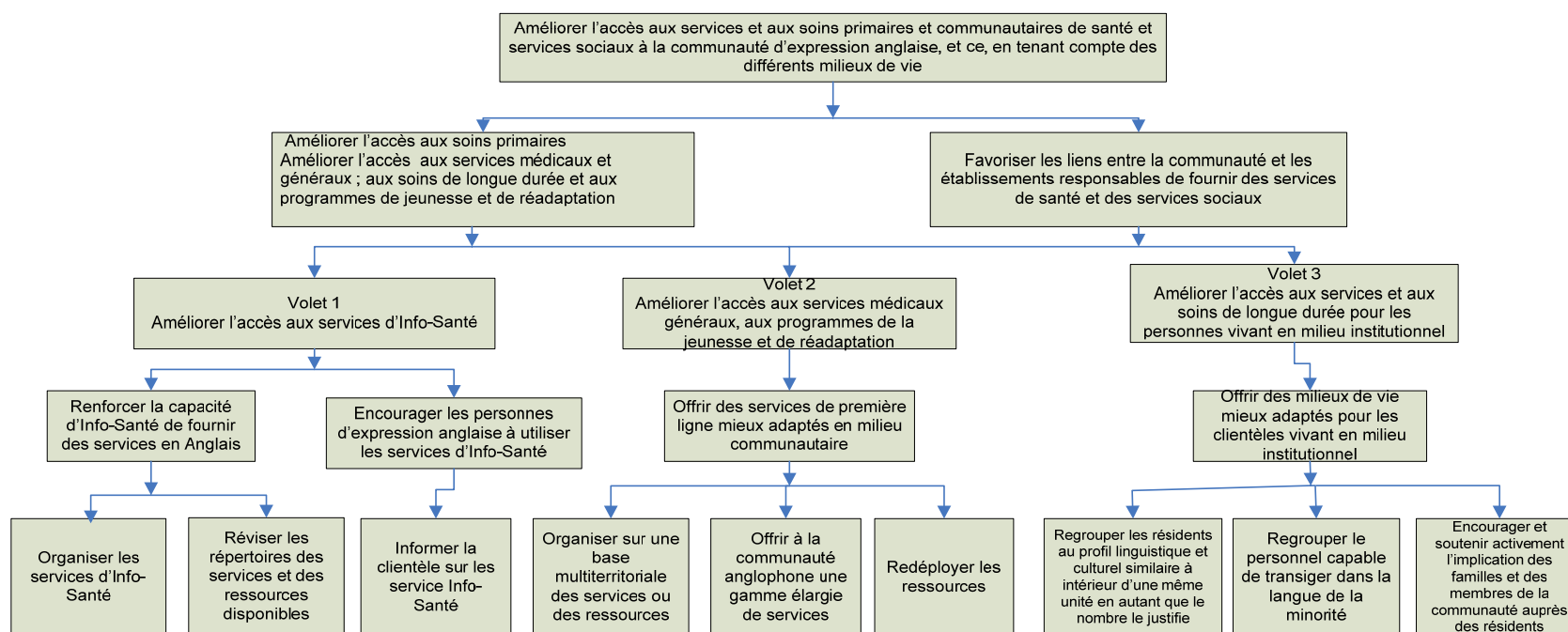
Le projet FASSP est une intervention qui est destinée à apporter une contribution pour la résolution de la problématique d'accès des personnes d'expression anglaise aux services de santé et services sociaux. Il a pour objectif général l'amélioration de l'accès aux services et aux soins primaires et communautaires de santé et services sociaux à la communauté d'expression anglaise, et ce, en tenant compte de différents milieux de vie (CHSSN, 2004a, p 3). Selon ces milieux, le projet FASSP se divise en trois volets :

- Info-Santé ayant pour clientèle cible la population anglophone en général;
- Services de première ligne mieux adaptés en milieu communautaire pour les personnes d'expression anglaise dispersées sur le territoire;
- Milieux de vie mieux adaptés pour certaines clientèles d'expression anglaise vivant en milieu institutionnel.

Vu la diversité des milieux, chaque volet présente ses objectifs spécifiques ainsi que ses moyens d'intervention pour les atteindre (figure 1). Toutefois, ils ont en commun les deux objectifs suivants :

- Améliorer pour la population d'expression anglaise l'accès en anglais aux services et soins primaires, aux services médicaux et généraux et soins de longue durée et aux programmes de réadaptation;
- Favoriser les liens entre la communauté et les établissements responsables de fournir les services de santé et les services sociaux.

Figure 1: Les objectifs et les activités du projet FASSP



PARTIE II :

ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET FASSP

La mise en œuvre du projet FASSP se déroule en deux phases : la sélection et le financement des projets par le CHSSN et l'implantation des projets sélectionnés par les établissements de santé et services sociaux. L'analyse de la mise en œuvre s'est intéressée à ces deux phases ainsi qu'aux activités et aux extrants des acteurs qui y sont impliqués. Elle est précédée par un diagnostic de la raison d'être du projet FASSP. Les résultats de ces analyses sont présentés dans les paragraphes qui suivent.

1 Analyse de la raison d'être du projet FASSP

L'analyse de la raison d'être du projet FASSP a pour objectif de montrer le rationnel et la pertinence de l'intervention du CHSSN dans l'offre de services de santé et services sociaux aux personnes d'expression anglaise. À cet égard, le CHSSN soutient que malgré les garanties légales et les efforts déployés, « des pas restent à franchir pour faire en sorte que les personnes d'expression anglaise aient un accès plus complet aux services de santé et services sociaux dans leur langue et qu'elles les utilisent dans une proportion équivalente aux personnes d'expression française » (CHSSN, 2004a, p. 2). Les barrières à l'accès sont expliquées par les difficultés d'adapter l'offre de services de santé et services sociaux aux spécificités de la population d'expression anglaise, notamment les caractéristiques démographiques (âge et concentration géographique), économiques (revenu et emploi) et linguistiques.

Dans le cadre de cette étude, les données recueillies sur la raison d'être du projet FASSP montrent qu'effectivement, les conditions d'accès des personnes d'expression anglaise aux services de santé et services sociaux demeurent une préoccupation majeure pour les établissements du réseau de la santé et les organismes communautaires défendant les intérêts des anglophones. Les données des sondages indiquent que 77 % des promoteurs qui ont répondu au sondage considèrent que cet accès est un enjeu prioritaire pour leur organisation. Ce pourcentage s'élève à 95,2 % pour les organismes communautaires. L'importance de cet enjeu semble découler de la persistance des barrières à l'accès des personnes d'expression anglaise aux services de santé et services sociaux. Ainsi, bien que les organismes communautaires aient un niveau de satisfaction moyen par rapport à l'offre de services aux anglophones, 81 % des répondants estiment que par comparaison au reste de la population, ceux-ci ont des difficultés particulières d'accès aux services de santé et services sociaux.

La synthèse des données des entrevues et des sondages montre que les facteurs suivants sont à l'origine des barrières à l'accès des personnes d'expression anglaise aux services de santé et services sociaux :

- La rareté des ressources humaines capables de fournir un service en anglais en raison du fait que le français est majoritairement la langue de formation dans le système d'éducation et de la rareté des budgets alloués à la formation en langue anglaise par les établissements de santé et services sociaux;

- L'insuffisance du volume de demandes de services en anglais à cause de la faible densité de la population d'expression anglaise et ses implications sur les coûts des services;
- Les difficultés dans la planification des services aux anglophones étant donné le manque d'information sur les besoins des personnes d'expression anglaise et l'insuffisance de concertation entre le réseau de la santé et les représentants de la communauté anglophone;
- Les habitudes de consommation de services qui consistent à ne demander les services qu'en cas de besoins d'urgence et de préférence aux établissements anglophones;
- L'ambiguïté du cadre juridique entourant la langue du service dans le réseau de la santé;
- Dans certaines régions, la faible capacité d'action des personnes d'expression anglaise à cause de l'éparpillement de la population et l'absence de structures de mobilisation (organismes communautaires) pour défendre leurs intérêts.

Devant cette problématique, les données d'entrevues montrent que les promoteurs considèrent que le projet FASSP répond à un besoin réel de leur organisation. Le financement accordé permet d'implanter des mesures destinées à améliorer les conditions d'accès des personnes d'expression anglaise à leurs services. De même, ils estiment que, du fait que les documents-cadres du projet FASSP laissent une marge d'initiatives quant au choix des moyens d'intervention, ce financement permet une meilleure adéquation entre le contenu des projets et les besoins de ces personnes.

2 Processus d'allocation des ressources

Le processus d'allocation des ressources fait référence aux moyens utilisés par le CHSSN pour recruter et financer les établissements de santé et services sociaux. De ce fait, il représente une dimension clé de la mise en œuvre du projet FASSP. Vu son importance, cette partie sera consacrée à l'analyse des composantes et des conditions du déroulement de ce processus ainsi qu'à l'analyse de ses résultats.

2.1 Composantes du processus

2.1.1 Appel de propositions

Le CHSSN a lancé en août 2004 un appel de propositions destiné aux établissements du réseau de la santé et services sociaux afin d'inciter ces derniers à présenter des projets. Les établissements intéressés avaient jusqu'à la mi-octobre pour présenter une demande de financement, soit un délai d'environ deux mois et demi. La date d'échéance a été reportée jusqu'au mois de novembre suivant.

L'appel de propositions a été émis par les structures du MSSS. Selon les responsables du projet FASSP, le choix de ces structures a été fait afin d'obtenir l'assentiment du Ministère et d'assurer une meilleure crédibilité à la démarche. Le choix de ce mode de diffusion s'est traduit par le fait que 84 % des promoteurs qui ont répondu au sondage indiquent avoir pris

connaissance de l'existence de l'appel de propositions par les établissements de santé ou par le CHSSN.

Une majorité de ces promoteurs (81 %) estiment que le contenu de l'appel de propositions donne une idée claire sur le contenu des projets à présenter et les critères d'évaluation et de sélection des projets. Toutefois, il ressort des données d'entrevues que certains promoteurs ont trouvé qu'il pouvait y avoir confusion avec le projet de développement des ressources humaines de l'Université McGill et le projet *Health and Social Services Networking and Partnership Initiative* du QCGN (n = 1) et exprimé le besoin d'avoir plus de précision sur le volet 3 (n = 1) et sur le rôle des partenaires dans le processus de préparation et de mise en œuvre des projets (n = 1).

2.1.2 Préparation et soumission des projets

Les conditions de préparation et de soumission des projets jouent un rôle important dans la détermination des participants au projet FASSP et la qualité du processus d'allocation des ressources. Dans la limite des besoins du réseau de la santé, des conditions favorables sont susceptibles de générer une forte demande de financement ainsi que des projets de meilleure qualité. Puisque le processus d'allocation des ressources est basé sur la formule de concours, une telle demande offre la possibilité de sélectionner des projets de qualité et par conséquent de faire une meilleure utilisation des ressources.

L'analyse de cette phase du processus, en s'attardant sur les contraintes des promoteurs ainsi que sur les facteurs qui ont permis leur dépassement, permet une meilleure compréhension des étapes ultérieures du processus d'allocation des ressources. Il faut toutefois mentionner que cette analyse ne tient pas compte du point de vue des établissements qui n'étaient pas en mesure de présenter une demande de financement et de ceux qui ont présenté des demandes mais n'ont pas été retenus. Ce manque d'information résulte du fait que ces établissements n'ont pas répondu au questionnaire qui leur était adressé.

▪ Difficultés rencontrées lors de la préparation des projets

Le CHSSN a accordé aux établissements de santé un délai de deux mois et demi pour la préparation des projets. Par la suite, ce délai a été prolongé d'environ un mois. Malgré cette prolongation, 65 % des promoteurs participant au sondage considèrent que le temps accordé à la préparation des projets est insuffisant. À cette contrainte de temps s'ajoute le moment de l'appel de propositions. En effet, bien que 58 % des répondants considèrent que la date de publication de l'appel de propositions est appropriée, les données d'entrevue montrent que la période estivale est moins favorable à la préparation de projets. En effet, ces données indiquent que durant cette période, la majorité des cadres des organisations est en vacances et que, par conséquent, il devient difficile de réaliser les consultations nécessaires à la conception des projets. À cela s'ajoute le fait que cet appel a été publié dans la foulée des changements qu'a connus le réseau de la santé et services sociaux, notamment les fusions des organisations et le roulement du personnel d'encadrement. Vu l'importance de ces changements, la problématique d'accès des personnes d'expression anglaise risquait de ne pas figurer parmi les priorités des organisations.

Les données d'entrevues montrent aussi que les contraintes de préparation des projets ont eu des effets négatifs sur la qualité des projets présentés (n = 6). Ces contraintes ont limité

les possibilités des organisations de bien analyser les besoins des personnes d'expression anglaise, de consulter leurs instances internes et leurs partenaires et de présenter des projets qui se situent au cœur des préoccupations des organisations. De même, l'ampleur de ces contraintes a soulevé des incertitudes quant à l'éventualité d'une faible demande de financement par les promoteurs. Cette crainte a été accentuée par le délai de mise en œuvre des projets qui est passé de 18 à 15 mois.

Malgré ces difficultés, 70 % des promoteurs sondés considèrent ne pas avoir eu besoin du soutien du CHSSN durant cette phase du processus. Cela est dû au délai court de préparation des projets et au fait que ce sont les agences de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux (ADRLSSS) qui devaient en premier lieu approuver les projets. Du côté du CHSSN, on estime que cette faible demande s'explique aussi par l'expérience acquise par les établissements du réseau de la santé et services sociaux dans la préparation et l'implantation des projets.

Les promoteurs qui ont souhaité le soutien du CHSSN (30 %) ont exprimé le besoin d'avoir des explications sur les objectifs de l'initiative, les critères de sélection des projets et les informations demandées par le formulaire de présentation des projets. De même, ils auraient souhaité obtenir de l'aide à la conception de leurs projets, notamment la présentation des enjeux provinciaux de l'accès des personnes d'expression anglaise aux services de santé et services sociaux et le soutien dans l'analyse des besoins des anglophones de leur territoire, la détermination des objectifs des projets et le choix des moyens d'interventions.

▪ **Facteurs facilitant la préparation des projets**

L'analyse des données d'entrevues montre la présence de plusieurs facteurs qui ont facilité la conception des projets. Parmi ces facteurs, les promoteurs estiment que les documents-cadres du projet FASSP sont moins contraignants quant au choix des moyens d'intervention. Cette souplesse permet de bien cibler les besoins et le choix des activités des projets (n = 2). De même, les exigences du CHSSN relatives à l'information demandée ainsi qu'à la forme de présentation des projets étaient faciles à respecter (n = 1).

Des variables propres à l'organisation figurent aussi parmi les facteurs qui ont facilité la préparation des projets. L'expérience de l'organisation dans la préparation et l'implantation d'activités semblables au projet fait partie de ces facteurs (n = 2). De même, le fait qu'avant le projet FASSP, l'organisation envisageait de prendre des moyens pour améliorer les conditions d'accès des personnes d'expression anglaise aux services a aidé dans l'identification des besoins et des moyens d'intervention (n = 3). À ces facteurs s'ajoutent la taille de l'organisation, la disponibilité du personnel d'encadrement et le degré de simplicité des projets proposés (n = 1).

L'analyse de la première phase du processus d'allocation des ressources, soit l'appel de propositions et la préparation des projets, permet de conclure que le CHSSN a réussi à susciter un volume de demandes de financement nettement supérieur au financement disponible. Le montant des demandes de financement s'élève à 12 M\$ alors que le budget disponible est de 7,8 M\$, soit 64 % de ces demandes. En plus de l'ampleur des besoins, la clarté de l'appel de propositions et le choix judicieux des moyens de communication ont contribué à engendrer ce volume de demandes de financement. Le montant de ces demandes

aurait pu être encore plus important si le contexte et la période de l'appel de propositions ainsi que l'échéance de préparation des projets avaient été plus favorables.

2.1.3 Évaluation et sélection des projets

Après le dépôt des projets par les promoteurs, la procédure de sélection prévoyait un examen préalable des projets afin de vérifier leur recevabilité. Les projets recevables étaient ensuite soumis à un jury pour évaluation sur la base d'une grille établie à cet effet. Les composantes de la grille ainsi que leur pondération sont présentées dans le tableau III.

L'évaluation et la sélection des projets ont eu lieu à l'automne 2004. Pour chaque volet, l'évaluation a été faite par un comité constitué des représentants du MSSS, de la communauté anglophone, des régions et le coordonnateur du volet concerné. Après l'évaluation, les projets ont été classés par ordre d'excellence et seuls les projets ayant la cote de 65 % ou plus ont été considérés aux fins de la décision finale. La procédure de sélection prévoyait d'autres mesures destinées à assurer une représentation minimale des régions. Ainsi, chaque région administrative ayant présenté au moins un projet dont la cote était supérieure ou égale à 65 % devait figurer parmi les régions bénéficiaires du programme. Par ailleurs, le montant de financement maximum par région a été fixé à 750 000 \$ pour les volets 2 et 3.

Tableau III : Grille d'évaluation des projets

Critère	Pondération
Pertinence du projet	25
Impact anticipé sur les clientèles anglophones	25
Impact anticipé sur les pratiques et l'organisation des services	20
Implication de la communauté anglophone	15
Monitoring des activités	15
Total	100

Source : CHSSN - Initiative pour l'amélioration des services (p. 23)

Selon les membres de l'équipe du projet FASSP, le processus retenu pour l'allocation des ressources a été dicté par des considérations d'efficacité, de transparence et d'équité de l'intervention. La formule de concours permet de financer des projets qui s'alignent sur les objectifs du projet FASSP et qui sont proposés par des promoteurs ayant la volonté d'améliorer les conditions d'accès des personnes d'expression anglaise aux services de santé et services sociaux. À cet égard, la conception du projet pose l'hypothèse implicite que la participation volontaire au projet facilite la réalisation de ses objectifs.

Par ailleurs, la composition du jury de sélection des projets a pour objectif d'assurer la transparence du processus de financement par une meilleure représentation des acteurs. De même, l'évaluation des projets par un comité d'experts sectoriels permet de renforcer la capacité d'évaluation des projets et, par conséquent, la sélection de projets de meilleure qualité.

La définition et la publication des critères de sélection des projets remplissent pour leur part deux critères : la transparence des décisions et la compatibilité entre les propositions des promoteurs et les objectifs du projet FASSP. Pour ce qui est de la fixation d'un plafond de financement par région, il a pour objectif d'assurer l'équité de l'intervention au moyen de l'élargissement de la couverture territoriale du projet.

2.2 Résultats du processus d'allocation des ressources

Au terme du processus de sélection des projets, le CHSSN a retenu 37 projets répartis sur trois volets parmi 57 projets recevables. Une base de données a été constituée à partir des données sur les projets afin de comprendre les caractéristiques des projets retenus et des projets non retenus ainsi que la répartition par volets et par régions des ressources du projet FASSP. Les résultats de ces analyses sont présentés et discutés dans les paragraphes qui suivent.

2.2.1 Analyse comparative des projets retenus et des projets non retenus

L'analyse comparative des scores des projets retenus et des projets non retenus sert à faire ressortir l'importance de l'évaluation des projets, sur la base des critères rendus publics, dans la sélection et le financement des promoteurs. Cette analyse montre la présence d'un écart important dans le score moyen obtenu par ces deux catégories de projets (tableau IV). Le score moyen des projets retenus s'élève à 81 % contre 51 % pour les projets non retenus. Du fait de ces écarts entre les projets retenus et les projets non retenus, il apparaît que l'évaluation des projets par les membres des jurys a joué un rôle prépondérant dans la décision d'octroi du financement aux promoteurs. Cela implique que la décision de financement a été accordée en premier lieu sur la base de la qualité des projets, telle qu'elle a été évaluée par les membres du jury.

Tableau IV : Comparaison des scores des projets retenus et des projets non retenus

Type de projets	Volets	Score moyen (sur 100)	Écart-type
Projets non retenus ¹	volet 2	48,73	15,72
	volet 3	54,00	23,42
	Total	50,61	17,7
Projets retenus	volet1	80,57	5,97
	volet 2	81,77	11,19
	volet 3	79,00	8,60
	Total	81,36	9,83

2.2.2 Allocation des ressources entre les volets du projet FASSP

L'initiative présentée et approuvée par Santé Canada se présente sous forme de trois volets pour un total de 10 M\$. La partie du budget consacrée aux activités de ces volets, soit 7,8 M\$, se présente ainsi :

¹ La totalité des projets présentés sous le volet 1 ont été acceptés. Par conséquent, il n'y a pas lieu de présenter les scores moyens et les écarts-types des projets non retenus de ce volet.

- le volet 1 (Info-Santé) : 3 M\$;
- le volet 2 (Services adaptés à la communauté) : 2,4 M\$;
- le volet 3 (Milieux de vie adaptés) : 2,4 M\$.

La différence, soit 2,2 M\$, est réservée à la coordination, au monitoring et à l'évaluation.

À la suite de la sélection des projets, il y a eu un changement dans la répartition des fonds. La somme prévue pour le premier volet est restée intacte tandis qu'un transfert de fonds du troisième volet au deuxième volet a été remarqué. Ce changement est important, puisque la somme réservée au volet 2 est de 3,8 M\$ au lieu des 2,4 M\$ prévus alors que la part du volet 3 a été réduite de 2,4 M\$ à 0,914 M\$.

Il semble que le volume des demandes de financement par volet et la qualité des projets présentés expliquent le changement de la structure de financement des projets. En effet, on constate une forte demande de financement sous le volet 1 et le volet 2. Les sommes demandées sous le premier volet s'élèvent à 4,2 M\$ et celles sous le deuxième volet à 5,12 M\$. Le volume de ces demandes est largement supérieur à l'enveloppe budgétaire initialement consacrée à ces volets. Par contre, la valeur des demandes pour le volet 3 s'élève à seulement 2,2 M\$. Ce montant est inférieur au budget initial consacré à ce volet. Quant à la qualité des projets, la comparaison des scores par volet indique que c'est le premier volet qui a obtenu les meilleurs scores (80,57 %) suivi du volet 2 (71,39 %) et du volet 3 (65,36 %). Les scores obtenus ont eu un effet sur le pourcentage des projets retenus par volet. Ce pourcentage est de 100 % pour le premier volet contre 67 % pour le deuxième volet et 45 % pour le troisième volet. Les scores du volet Info-Santé pourraient s'expliquer par le fait que le Ministère a été un partenaire de premier plan dans l'orientation des projets à un tel point qu'il a examiné les projets au regard de sa réforme avant même qu'ils soient transmis officiellement par les promoteurs. Seuls les projets qui cadraient avec la réforme des services d'Info-Santé ont été soumis au projet FASSP.

L'analyse des demandes de financement des promoteurs et des décisions du jury de sélection des projets permet de conclure que l'insuffisance des demandes de financement par rapport au budget prévu et la faible qualité des projets sont à l'origine de la réallocation des ressources du volet 3 au volet 2. En effet, à la suite de l'appel de propositions, il y a eu une forte demande de financement pour le volet 2 et une faible demande pour le volet 3. De plus, les projets du volet 3 ont, en moyenne, obtenu les cotes les plus faibles des trois volets du projet. Cette situation a fait en sorte qu'une proportion importante des projets n'a pas satisfait aux conditions minimales de passage fixées par le CHSSN (65 %).

Le résultat de l'allocation des ressources par volet soulève des préoccupations concernant l'adéquation de ce processus avec les besoins des établissements desservant les clientèles vivant en milieu institutionnel. D'après les propos recueillis auprès des promoteurs et de l'équipe du projet FASSP, deux facteurs semblent avoir joué un rôle important dans le volume de demandes de financement et les résultats de l'évaluation. Il s'agit de la nature de l'intervention requise sous le volet 3 et de l'expertise en matière de préparation de projets. L'adaptation de l'offre de services de ce volet requiert des changements dans les aménagements physiques et les modes d'organisation du travail tels que le regroupement des usagers et du personnel. Ce genre d'intervention est difficile à réaliser dans la durée du projet FASSP et risque d'engendrer des dépenses récurrentes pour l'organisation. Quant à

l'expertise dans la préparation des projets, on estime qu'avant les fusions, les établissements du volet 3 avaient un faible taux d'encadrement par rapport aux établissements du volet 2 en raison de leur petite taille. Le manque du personnel d'encadrement disponible pour préparer des projets dans un délai relativement court a eu ainsi un effet négatif sur le volume et la qualité des demandes de financement. Ces facteurs, qui étaient difficiles à anticiper lors de la conception du projet FASSP, semblent expliquer la faible demande de financement et la qualité des projets présentés sous le volet 3. De même, ils invitent à prévoir les moyens nécessaires pour soutenir les établissements de ce volet dans la conception de leurs projets.

2.2.3 Allocation des ressources entre les régions

Les demandes de financement des promoteurs montrent que 14 régions ont présenté des initiatives pour un total de 57 projets candidats au financement. Le volume des demandes de financement (12,15 M\$) par rapport aux fonds disponibles semble indiquer que le programme a été bien accueilli par le réseau de la santé. Parmi les régions, la Mauricie-Centre-du-Québec et Lanaudière n'ont pas présenté de projet.

Dans un contexte de rareté de ressources, la qualité d'une intervention dépend de sa capacité à combler les besoins essentiels de la population. À cet égard, on constate qu'à l'échelle régionale, le processus d'allocation de ressources a permis de prendre en considération les différences des besoins entre les régions. Ainsi, des analyses réalisées à partir des données sur la population anglophone et de l'allocation des ressources du projet FASSP (tableau V) ont révélé que ce sont les régions à faible accès aux services de santé et services sociaux en langue anglaise qui ont obtenu les dépenses par habitant anglophone les plus élevées.

Tableau V : Relation entre le poids démographique des anglophones, l'étendue des besoins et le financement du projet FASSP

	Budget par habitant anglophone	Demande de financement par habitant angl.	Indice d'accès de ² la région	Pourcentage de la population angl.
Budget par habitant anglophone	1	0,919**	-0,857**	-0,578*
Demande de financement par habitant anglophone		1	-0,844**	-0,532
Indice d'accès de la région			1	0,730**
Pourcentage de la population anglophone				1

² L'indice d'accès mesure la différence du pourcentage des situations d'offre de services en anglais entre les régions et la moyenne provinciale. Cet indice est calculé à partir des données d'un sondage effectué en 2000 par CROP et l'institut Missisquoi (voir rapport du CCCASM, p. 12).

	Budget par habitant anglophone	Demande de financement par habitant angl.	Indice d'accès de² la région	Pourcentage de la population angl.
N				12

Note : * = $p < ,05$; ** = $p < ,01$. Deux observations n'ont pas été retenues dans l'analyse, car elles ont des valeurs aberrantes. Il s'agit de la région 1 et de la région 2 dont le montant du budget par habitant (+ 200 \$ par habitant) est extrêmement élevé par rapport à la moyenne du groupe.

On peut donc conclure que le processus d'allocation des ressources s'est déroulé dans le respect des critères de transparence, d'efficacité et d'équité. La décision de financement a été prise à la suite d'un appel de propositions largement diffusé au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Cet appel précise les conditions de participation au projet FASSP ainsi que les critères d'évaluation des projets. À la suite du dépôt des propositions des promoteurs, les projets ont été évalués par des jurys représentant les principaux acteurs de la problématique d'accès des personnes d'expression anglaise aux services de santé et services sociaux. La décision de financement a été effectuée sur la base de cette évaluation et le besoin d'assurer une représentation minimale des régions.

L'activation de ce processus a permis de susciter une forte demande de financement de la part des établissements de santé et services sociaux. De même, ce processus a eu comme résultat le financement de projets qui sont, selon les critères du CHSSN, de meilleure qualité ainsi qu'une allocation des ressources qui tient compte des différences entre les régions dans les besoins d'accès aux services en langue anglaise. Ces points forts du processus n'empêchent pas de constater certaines de ses limites : le besoin d'accorder plus de temps pour la préparation des projets et d'apporter, dans cet exercice, une attention particulière aux établissements à faible capacité afin d'améliorer leur accès au financement.

3 Mise en œuvre des projets

Nous présentons, dans cette partie, un aperçu général sur l'état de la mise en œuvre des projets. Cette présentation sera suivie d'une analyse des activités réalisées par les promoteurs dans le cadre du projet FASSP. Ensuite, nous discuterons des défis de la mise en œuvre des projets. Enfin, une section sera consacrée à la comparaison entre la stratégie du projet FASSP et les activités planifiées et mises en œuvre par les promoteurs.

3.1 Bref aperçu de la mise en œuvre des projets

La comparaison des prévisions et des réalisations des promoteurs indique que la dynamique de la mise en œuvre des projets varie en fonction des volets et de la nature des activités. Ainsi, le volet Info-Santé a connu des changements substantiels par rapport aux prévisions de départ. Ces changements sont survenus à la suite de l'intervention du MSSS qui pilote ce volet. D'après ce qu'il ressort des entrevues, le MSSS a joué un rôle de premier plan dans la désignation des promoteurs et le contenu de leur mandat. Des projets de portée locale (projets de l'Estrie et de la Capitale-Nationale) ont été transformés pour devenir des projets provinciaux afin d'être compatibles avec la stratégie de réorganisation du service du MSSS. Pour le projet de la Capitale-Nationale, le MSSS a désigné un autre promoteur pour sa mise en œuvre (Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale au lieu de Saint Brigid's Home).

Ces changements se sont traduits par l'articulation de quatre projets en un unique projet provincial dont les parties sont confiées à des promoteurs. Ainsi, tel qu'il se présente actuellement, le projet FASSP sert à mettre en réseau les centrales désignées pour la réponse en langue anglaise (projet de l'agence de Montréal), la formation du personnel qui va œuvrer dans ces centrales (projet de l'Estrie), la traduction des protocoles infirmiers (projet de la Capitale-Nationale) et le développement et la traduction des outils de formation en Info-Social (projet du Saguenay–Lac-Saint-Jean). Contrairement aux propositions des promoteurs, les activités de promotion de services (projet de l'agence de Montréal) ainsi que la diffusion des guides d'intervention en Info-Social et la formation sur leur utilisation (projet du Saguenay–Lac-Saint-Jean) n'ont pas été réalisées.

Pour les autres volets, il n'y a pas eu de changements dans la mission des promoteurs. Par contre, on constate des écarts dans la mise en œuvre selon la nature des activités. Ces écarts sont plus importants pour les activités de réorganisation de services que pour les autres activités du projet FASSP. De même, on remarque que les activités de certains projets diffèrent de celles planifiées par le CHSSN pour atteindre les objectifs de ce projet.

3.2 Activités du projet FASSP

Le projet FASSP, tel que mis en œuvre, se compose d'une variété d'activités dont la nature et la combinaison diffèrent d'un promoteur à l'autre. Pour rendre compte du contenu des projets, nous avons répertorié onze activités. Ces activités ont été regroupées en six catégories selon leurs cibles immédiates : recrutement et développement des ressources humaines, traduction, concertation avec les personnes d'expression anglaise, réorganisation de services, promotion de services et développement des ressources informationnelles.

3.2.1 Recrutement et développement des ressources humaines

Les activités de recrutement et de développement des ressources humaines désignent les activités ayant pour objectif de se doter du personnel apte à offrir un service en langue anglaise. Elles comprennent des activités de recrutement du personnel et des bénévoles et de formation en langue anglaise.

- **Recrutement des intervenants et des bénévoles**

Les données du sondage indiquent que 31 % (8 promoteurs) ont recruté des intervenants dans le cadre du projet FASSP pour un total de 64 personnes. Le maintien des intervenants après le projet FASSP est essentiel à la continuité des services rendus possibles par eux. À cet égard, 37,5 % des promoteurs ont affirmé qu'ils retiendront ces personnes après le projet FASSP.

En parallèle au recrutement des intervenants, des promoteurs (19,2 %) ont recruté des bénévoles dans le cadre des activités du projet FASSP. Contrairement aux activités de recrutement des intervenants, l'ensemble de ces promoteurs (100 %) déclare avoir pris des mesures pour retenir les bénévoles recrutés après la fin du projet FASSP. Le maintien des bénévoles est une garantie de la continuité de leur contribution à l'offre de services des promoteurs.

Les difficultés de maintenir les intervenants remettent en cause la viabilité de cette activité comme moyen d'intervention. Le maintien des personnes recrutées demande une source de

financement permanente alors que le projet FASSP est un financement transitoire. Ainsi, le fait que 62,5 % des promoteurs déclarent ne pas maintenir ces intervenants à la fin de ce projet augmente les risques de discontinuité des services rendus disponibles grâce à ces ressources.

▪ **Activités de formation**

Dans leurs propositions au CHSSN, 20 des 37 promoteurs (54 %) ont planifié des activités de formation en anglais à l'intention du personnel. Les données des entrevues montrent que la majorité des promoteurs a opté pour une formation spécialisée de conversation en langue anglaise. De même, elles indiquent la présence de plusieurs critères restreignant l'accès à la formation tels que les types d'emplois, les connaissances préalables de la langue anglaise et le statut de l'emploi (permanent ou temporaire). Ces conditions sont dictées par les contraintes budgétaires, par l'obligation de rendre les intervenants fonctionnels en anglais dans un temps et un nombre d'heures de formation limité et par le souci de maintenir les personnes formées au sein des organisations.

Les données recueillies montrent que la formation a été bien accueillie par le personnel et que sa mise en œuvre s'est bien déroulée. Parmi les 20 promoteurs qui ont planifié des activités de formation, les rapports d'activité indiquent qu'un fort pourcentage (80 %) a offert cette formation. De même, des données des entrevues, on constate une forte demande de formation conjuguée à un faible taux d'abandon des cours (10 %). À l'issue de ces activités, il ressort que pour les 26 promoteurs qui ont répondu au sondage, un total de 820 personnes a bénéficié de ces formations pour une moyenne de 53,5 heures de formation.

Par contre, ces données montrent une grande différence entre les promoteurs dans l'offre de formation. Le nombre d'heures de formation varie entre 30 et 150 heures. Cette grande disparité trouve son explication par le fait que le nombre d'heures de formation n'a pas été arrêté sur la base de considérations scientifiques ou pédagogiques. Au contraire, il a été dicté par le budget disponible, les expériences passées des promoteurs et la conciliation entre la durée du projet et la nécessité d'assurer la continuité des services (tableau VI). Cette situation invite à réfléchir sur les moyens qui pourraient être utilisés pour mieux baliser ces activités dans l'avenir.

Tableau VI : Synthèse des formules de formation

Quantité (1)	Intensité (2)	Rationnel de (1) et (2)	Lieu formation (3)	Rationnel de (3)	Fournisseur	Taux d'abandon
Projet 304 : 30 heures	2 h/semaine x 15	Difficultés de remplacement du personnel et doute sur l'efficacité des formations intensives.	À l'interne	n.d.	Firme privée	« Il y a plusieurs personnes qui ont quitté le cours, car apprendre l'anglais exige des devoirs à faire. »
Projet 203 : 30 heures	8 h/2 jours	n.d.	À l'externe	n.d.	Cégep	n.d.
Projet 102 : 45 heures	n.d. ³	« La proposition a été faite en fonction du budget et du temps disponible. Si on avait eu plus de temps, on aurait demandé plus d'heures. »	n.d.	n.d.	Firme privée	Le fait que les formations sont en préparation ou viennent juste de commencer ne permet pas de faire une appréciation.
Projet 213 : 60 heures	2 h/semaine durant 30 semaines	« On s'est dit qu'une session de 10 semaines et à raison de 2 h par semaine (20 h), ce n'était rien. »	À l'interne	Les gens se perdent entre le travail et le lieu de formation	Cégep	« On a commencé la formation à 56, on est maintenant 50 personnes. L'assiduité (présence) est aux environs de 80 % par cours ». (taux d'abandon : 11 %).
Projet 210 : 72 heures	6 h par mois	C'est un compromis entre le besoin en formation, le délai du projet et le fonctionnement du service.	À l'interne	Respect de la confidentialité	Firme privée	« Nous avons prévu donner la formation à 10 personnes, actuellement nous en avons 8 qui participent à la formation » (taux d'abandon : 20 %).
Projet 219 : 80 heures	2 blocs dont chacun est formé d'une semaine intensive (30 h) suivie de 5 semaines de 2 h.	« On avait une formation de 40 h réparties sur 13 semaines, mais ça n'a pas permis aux gens d'améliorer leur anglais. L'intensité s'explique aussi par la contrainte d'offrir la formation à l'intérieur des échéances du projet. »	À l'externe	Éviter le dérangement	Firme privée	La formule des 30 h par bloc a été bien accueillie par les participants. Il n'y a pas eu beaucoup de désistement (3 personnes sur 42). On a de la difficulté pour les 2 h subséquentes (taux d'abandon : 7 %).
Projet 223 : 90-50 heures	5 à 6 h de formation par semaine	Le choix du nombre d'heures a été fait en fonction du budget et des recommandations du fournisseur.	À l'interne et à l'externe	n.d.	Firme privée	On a 13 participants à la formation. Pour la formation, il y a deux personnes qui se sont désistées et on les a remplacées (taux d'abandon : 16 %).

³ N.d. : non disponible.

3.2.2 Traduction

Des propositions des promoteurs, on constate que 17 d'entre eux ont proposé la réalisation des activités de traduction. En fonction de leur usage, les documents traduits sont ainsi destinés à informer les personnes d'expression anglaise sur les services offerts par l'organisation ou à servir comme outil de soutien aux intervenants.

Les données sur la mise en œuvre indiquent qu'en général, les activités de traduction ont été réalisées comme il était prévu. Ainsi, on constate de l'analyse des rapports d'activités que tous les promoteurs qui ont planifié les activités de traduction les ont réalisées. En outre, les données du sondage montrent que parmi les 26 répondants, 15 ont réalisé des activités de traduction à l'intention des usagers pour un total de 791 documents traduits. De même, 13 promoteurs ont traduit l'équivalent de 288 outils destinés à l'usage des intervenants.

Des entrevues réalisées avec sept promoteurs de projets contenant des activités de traduction, trois rapportent que la rareté des traducteurs, plus particulièrement dans le domaine de la santé, figure parmi les principales difficultés rencontrées. Cela a posé des problèmes relatifs à la validité du contenu clinique des documents traduits, car il s'agit d'un processus lent et exigeant en ce qui a trait aux coûts. Quant à la diffusion des documents, les problèmes de droits d'auteurs ne semblent pas être très présents du fait que les documents sont produits par l'organisation ou sont destinés à l'usage interne. À l'échelle du projet FASSP, des promoteurs ont noté les risques de dédoublement des traductions et le besoin de concertation de ces activités dans l'avenir.

3.2.3 Activités de concertation avec les personnes d'expression anglaise

Les concertations avec les personnes d'expression anglaise ou leurs représentants figurent parmi les principaux leviers d'intervention. Ainsi, 61,5 % des promoteurs sondés rapportent avoir réalisé des concertations au cours de leur projet. Dans 68,7 % des cas, ces concertations ont donné lieu à des décisions concernant l'offre de services aux anglophones. Étant donné la forte corrélation entre les activités de concertation et les activités de promotion de services et les études, il semble aussi que ces concertations ont servi à faire la promotion des services de l'organisation auprès des personnes d'expression anglaise et à faire l'évaluation des besoins des anglophones et de la qualité des services qui leur sont offerts.

3.2.4 Activités de réorganisation des services

Les activités de réorganisation de services visent à apporter des modifications aux processus de prestations de services aux personnes d'expression anglaise. Dans le cadre du projet FASSP, ces activités ont pour but le développement et l'implantation de nouveaux modèles de services afin de résoudre le problème de l'absence d'un volume suffisant de demandes de services en anglais permettant de contenir les coûts élevés par unité de services (masses critiques).

Des propositions des promoteurs, on constate que 24 projets ont pour objet des activités de réorganisation de services. Sur ce total, les données du sondage indiquent que 8 projets ont

été réalisés. Cette contre-performance semble indiquer la présence d'obstacles à la mise en œuvre de ces projets (voir tableau IX en annexe).

Lors de la collecte de données par entrevues, les promoteurs et les chargés de projets de 7 projets de réorganisation de services ont été rencontrés. L'examen de ces projets montre que selon leur portée, les activités de réorganisation de services peuvent être classées sous deux catégories : interorganisationnelles (n = 4) et intraorganisationnelles (n = 3). Les activités interorganisationnelles désignent les interventions qui ciblent l'offre de services sur un territoire donné et impliquent plusieurs organisations alors que les interventions intraorganisationnelles font référence aux projets destinés à la réorganisation interne des services de l'organisation. Cette distinction permet de faire ressortir les particularités de ces projets, les difficultés inhérentes à leur mise en œuvre et, par conséquent, d'apporter des explications concernant les causes des écarts entre les prévisions et les réalisations.

Les projets de portée interorganisationnelle prévoient un processus en quatre étapes : des études et des concertations sur l'offre et la demande de services, la proposition de modèles de prestations de services, la négociation et la signature d'ententes avec les partenaires et l'implantation des décisions prises. Les promoteurs qui ont opté pour cette stratégie expliquent leur choix par le fait que le contexte de changements du réseau de la santé et services sociaux est une occasion pour apporter des adaptations structurelles dans l'offre de services aux personnes d'expression anglaise. Leurs stratégies consistent à influencer les processus régionaux de prise de décision sur l'offre de services par les résultats des études et des concertations. Ainsi, les promoteurs de ces projets rapportent avoir réalisé des études et participé aux tables de négociation régionales sur l'organisation des services, notamment les projets cliniques.

En ce qui concerne les données des entrevues, il apparaît que l'efficacité de ce levier d'intervention est limitée par la capacité des promoteurs d'influencer les décisions. La réorganisation des services à l'échelle d'un territoire implique plusieurs intervenants. Or, vu la position des promoteurs dans la hiérarchie du système de santé, leur statut ne leur confère pas le pouvoir nécessaire pour orienter les décisions concernant l'organisation des services. Cette situation est accentuée par le fait que les ressources du projet FASSP ne permettent pas de supporter à long terme la stratégie d'influence de l'offre de services. La participation dans le processus de réorganisation de services du territoire a été soutenue par les ressources recrutées dans le cadre du projet FASSP. Or, ces ressources n'étaient plus disponibles après le 31 mars 2006 alors que des décisions importantes devaient être prises après cette date. Par conséquent, et contrairement à ce qui était prévu au départ, les promoteurs ont eu de la difficulté à faire adopter et à implanter de nouveaux modèles de prestations de services. Ces difficultés se sont traduites par le fait que seulement deux promoteurs ont été en mesure de conclure des ententes de services avec d'autres organisations (sondage des promoteurs).

Contrairement aux promoteurs de la première catégorie, ceux des projets de type intraorganisationnel avaient déjà prévu dans leur proposition les changements à implanter. Les propositions prévoient des activités de regroupement des usagers, la création d'îlots de services ou l'offre d'un nouveau service. Le financement du projet FASSP devait alors servir à implanter ces changements. D'après les données recueillies par entrevues, on constate que les promoteurs ont eu des difficultés lors de la mise en œuvre de ces projets. Des acti-

vités de regroupement d'usagers ont été annulées à cause de l'opposition des usagers ou du personnel ou du fait de l'insuffisance des fonds et du délai du projet. Elles ont été remplacées par des initiatives moins structurantes telles que des réaménagements qui visent la création de lieux de rencontre et de loisirs. Malgré ces difficultés, les données du sondage montrent que sept promoteurs ont réalisé des activités de regroupement des usagers et deux promoteurs, des activités de regroupement du personnel.

Pour ce qui est du développement de nouveaux services en langue anglaise, les promoteurs ont recruté des intervenants et des bénévoles pour les offrir. Toutefois, certains de ces services risquent d'être interrompus, car les intervenants sont payés à même le budget du projet FASSP. De plus, on note des difficultés de recrutement et de maintien des bénévoles à cause notamment du manque de disponibilité des personnes d'expression anglaise et des exigences liées au bénévolat dans le domaine de la santé.

L'analyse des activités des promoteurs révèle ainsi des difficultés au niveau de la mise en œuvre des projets de réorganisation de services. Ces difficultés s'expliquent en partie par l'insuffisance des leviers d'exercice de pouvoir sur le comportement des partenaires externes de l'organisation (établissements de santé), le manque de soutien interne au promoteur (personnel), l'opposition de la clientèle cible de l'intervention (personnes d'expression anglaise) et l'incohérence entre la nature et la durée de l'intervention du promoteur.

3.2.5 Promotion de services

La promotion de services est un incitatif pour amener les personnes d'expression anglaise à demander davantage les services de santé et services sociaux. Les données du sondage indiquent que 57,7 % des promoteurs ont réalisé des campagnes de promotion visant ces personnes. Dans la majorité des cas, ces activités ont pris la forme de distribution de brochures (53,8 %) ou la publication d'annonces et d'articles dans les journaux (42,3 %). Comme il est indiqué plus haut, la campagne provinciale de promotion du service Info-Santé n'a pas eu lieu. Selon les informations recueillies, le plan de la centralisation et la mise en réseau des sites Info-Santé par le MSSS s'étend jusqu'en mars 2007, date avant laquelle il n'est pas pertinent de faire la promotion de ce service.

3.2.6 Développement des ressources informationnelles

Les activités de développement des ressources informationnelles visent l'acquisition des informations destinées à soutenir les intervenants dans la prestation de services ou les instances décisionnelles dans la planification et l'organisation des services. Les données du sondage auprès des promoteurs indiquent que pour les activités de soutien aux intervenants, 50 % des répondants rapportent avoir constitué ou mis à jour des répertoires de ressources afin de faciliter, pour les intervenants, l'offre de services de références aux personnes d'expression anglaise. En ce qui concerne l'acquisition des données servant à la planification et à l'organisation de services, 42 % des répondants rapportent avoir réalisé des études sur l'offre de services sous forme d'évaluation des besoins, du niveau d'utilisation de services et de la qualité de ces derniers. Dans la majorité des cas (72,7 %), ces études ont donné lieu à des décisions concernant l'offre de services aux personnes d'expression anglaise.

3.3 Les défis de la mise en œuvre

Nos analyses ont permis de faire ressortir six facteurs qui ont contribué à la réussite ou aux difficultés de la mise en œuvre du projet FASSP : le contexte du projet, l'échéance de sa mise en œuvre, la coordination des acteurs, le soutien de l'organisation au projet, le soutien du CHSSN et la contribution des organismes communautaires. Ces défis ne revêtent pas la même importance pour tous les promoteurs. Ainsi, et comme il ressort de la présentation qui suit, plusieurs de ces défis sont ressentis comme des embûches à la mise en œuvre des projets de réorganisation de services.

3.3.1 Le contexte du projet FASSP

Le contexte institutionnel et organisationnel a joué un rôle important dans la détermination du contenu du projet FASSP et sa mise en œuvre. Sur le plan institutionnel, le système de santé et services sociaux relève des compétences du gouvernement du Québec. Toute intervention dans ce secteur devait satisfaire à ses exigences et obtenir son approbation. Pour sa part, le gouvernement fédéral a fixé un ensemble de conditions à remplir par les établissements voulant bénéficier du FASSP (Santé Canada, 2003). Il en résulte que pour obtenir le financement et pouvoir dépenser les budgets reçus, le CHSSN devait remplir les exigences de ces deux ordres de gouvernement, notamment les lignes directrices du FASSP et les orientations du MSSS.

Le contexte organisationnel du projet a été marqué par de profonds changements qui ont eu un impact sur la mise en œuvre des projets et les effets escomptés. Pour Info-Santé, le MSSS disposait d'un plan de réorganisation du service qui prévoyait la centralisation des sites à l'échelle régionale (15 centrales), leur mise en réseau et la désignation de quatre centrales pour la réponse en langue anglaise : Montréal, l'Estrie, l'Outaouais et Laval. À certains égards, ces transformations ont été perçues comme problématiques dans la mesure où les projets de ce volet devaient s'aligner sur les orientations du MSSS, qui n'étaient pas rendues publiques lors de la préparation des projets. De plus, le plan d'intervention du Ministère s'étalait sur une période plus longue que celle du projet FASSP, ce qui implique que le CHSSN et le MSSS n'ont pas eu les mêmes contraintes de temps ni les mêmes ordres de priorité. Ainsi, tandis que le CHSSN avait l'obligation de dépenser son budget sur une période de 15 mois, le Ministère avait émis un moratoire sur les investissements liés aux équipements technologiques dans Info-Santé afin d'analyser ce service et de déterminer les paramètres de son plan de réorganisation. L'intervention simultanée du CHSSN et du Ministère a donc posé des problèmes de coordination et généré des retards dans la réalisation des projets. De ce fait, les promoteurs de ce volet ont plutôt perçu cet élément du contexte comme une contrainte qui a eu pour conséquence d'augmenter le niveau de difficulté de réalisation des projets.

Pour les volets 2 et 3, l'effet du contexte organisationnel sur les projets varie selon la nature des projets. Ainsi, ce contexte semble être favorable pour les projets de réorganisation de service d'ordre interorganisationnel. La réorganisation des structures du réseau de la santé (création des ADRLSSS et des CSSS), la révision des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise et l'élaboration des projets cliniques donnaient l'occasion d'apporter des adaptations d'ordre systémique qui pouvaient avoir un effet positif et à long terme sur les conditions d'accès des personnes d'expression anglaise aux services de santé et services sociaux. Pour les projets intraorganisationnels, le contexte

était plutôt perçu comme une contrainte. Les gestionnaires, aux prises avec les changements des structures et de l'organisation des services du réseau, risquaient de reléguer la problématique d'accès au second plan de leurs préoccupations.

3.3.2 Le délai du projet FASSP

La mise en œuvre des projets devait se réaliser dans une période de 15 mois. La plupart des promoteurs sondés (55,4 %) affirment que ce délai est trop court. La contrainte de temps a joué un rôle important dans le choix des moyens d'intervention. Selon les données des entrevues, un délai plus long aurait permis de présenter des projets plus structurants et de grande ampleur, notamment sous le volet 3. De même, le manque de temps a affecté négativement la qualité de la mise en œuvre. Les projets qui ont pour objectif la réalisation des études suivie de l'élaboration et de l'implantation des modèles de prestations de services se sont limités aux deux premières étapes du processus. Parmi les raisons invoquées, notons la contrainte de temps et le fait que l'implantation de certains modèles est contingente de la dynamique du réseau, notamment l'agenda du processus de restructuration du réseau, de l'adoption des projets cliniques et de la révision des programmes d'accès aux services de santé et services sociaux en langue anglaise.

Au CHSSN, on estime aussi que l'échéancier du projet FASSP est court et qu'idéalement, il aurait fallu 24 mois pour la mise en œuvre de ce projet. Cette situation laisse supposer, selon les termes d'un intervenant, « la présence d'une certaine forme d'incohérence entre l'esprit du projet FASSP et le temps de sa réalisation ».

Les problèmes de délais ont été accentués par des difficultés dans le démarrage des projets. Parmi les facteurs associés à ces difficultés, on trouve le temps requis pour l'organisation du projet (désignation des chargés de projet, signature de contrats avec les fournisseurs, etc.) et le retard dû aux procédures de confirmation officielle de l'acceptation des projets par le CHSSN. Enfin, l'intervention du MSSS dans le volet Info-Santé a généré des retards dans la réalisation de certains projets de ce volet. Ces difficultés ont contribué à raccourcir le temps effectif de mise en œuvre du projet FASSP.

3.3.3 La coordination des activités des partenaires publics

Selon les données du sondage auprès des promoteurs, une proportion significative de projets (42,3 %) a impliqué d'autres organisations du réseau de la santé et services sociaux (en moyenne, 5,6 organisations par projet). La coordination des activités peut ainsi figurer parmi les défis de la mise en œuvre des interventions. Contrairement à ce à quoi l'on pourrait s'attendre, ces partenariats ne semblent pas causer de problèmes à la mise en œuvre dans la mesure où 80 % des répondants rapportent que le niveau de communication et de coordination avec leurs partenaires a été satisfaisant. Néanmoins, les difficultés de coordination varient selon la nature des activités et les volets du projet FASSP.

Pour les activités de réorganisation de services, on constate des difficultés d'arrimage avec la dynamique régionale du réseau de la santé et services sociaux. Selon les données du sondage (réponses ouvertes), plusieurs promoteurs estiment que la lenteur de la réorganisation des services de leur région, notamment la différence entre l'horizon de l'élaboration et l'adoption des projets cliniques (3 ans) et la réalisation de leurs projets (15 mois) pose des difficultés à la mise en œuvre des projets. Par ailleurs, les données d'entrevues indiquent

que les promoteurs de ces projets manquaient de moyens d'influence pour rallier les partenaires internes et externes à leur organisation aux objectifs de leurs projets. Ces difficultés sont présentées comme étant des causes à l'origine des écarts entre la planification et la mise en œuvre des projets.

En ce qui concerne les volets, Info-Santé a la particularité d'être constitué d'une série de projets interreliés et en ligne directe avec les orientations du MSSS, ce qui rend sa mise en œuvre complexe. D'après les propos recueillis par entrevues, des problèmes ont été rencontrés au début de l'implantation en ce qui a trait à la coordination entre le CHSSN, le MSSS et les promoteurs. De même, il semble que certains promoteurs n'avaient pas toute l'information désirée sur le plan du Ministère concernant la réorganisation d'Info-Santé ainsi que sur la nature et la portée de leur mission et les modalités de financement de leurs activités. À cet égard, le cas de l'Estrie est éloquent. Le promoteur de ce projet a présenté un projet de portée régionale pour lequel il a reçu le financement. Toutefois, son projet a été transformé pour devenir un projet provincial qui consiste à donner de la formation en langue anglaise au personnel d'Info-Santé. Il aura fallu attendre jusqu'au mois de juin 2005 pour que le mandat et les sources de financement soient précisés⁴. Entre-temps, le promoteur a dû réaliser des enquêtes sur les besoins en formation auprès de l'ensemble du personnel d'Info-Santé de la province alors que seulement quatre centrales ont été désignées pour la réponse en langue anglaise.

Au niveau de la macro-implantation, des promoteurs (n = 2) ont soulevé lors des entrevues le besoin de coordination des activités du projet FASSP et du projet de développement des ressources humaines de l'Université McGill, et ce, dans le but d'optimiser les ressources destinées à l'amélioration des conditions d'accès des personnes d'expression anglaise aux services de santé et services sociaux. Les ressources consacrées par le projet FASSP à la formation auraient pu être utilisées dans des activités ne faisant pas l'objet du projet de l'Université McGill. L'horizon de ce dernier et son ampleur semblent permettre d'offrir des formations pouvant couvrir une grande proportion du personnel ainsi qu'un nombre d'heures capable d'apporter des améliorations substantielles dans la maîtrise de l'anglais par les participants.

3.3.4 Soutien de l'organisation au projet

▪ Équipe du projet

Les données du sondage (n= 9) indiquent que la compétence, l'engagement et la stabilité des équipes chargées des projets figurent parmi les facteurs explicatifs de la qualité de la mise en œuvre. L'absence de l'une de ces conditions risque d'entraîner des difficultés dans l'implantation des projets. Ainsi, les entrevues font ressortir que le roulement des chargés de projets a influencé négativement la qualité de la réalisation des activités des promoteurs. Ce roulement est à mettre en relation directe avec le contexte organisationnel du projet. La création de nouvelles structures à la suite des fusions des établissements a eu pour conséquence une réallocation des ressources humaines, incluant les promoteurs et certains chargés de projets. La mobilité engendrée par ces transformations a causé des interruptions dans la mise en œuvre des projets.

▪ Appui du personnel et de la direction

⁴ Voir l'addenda au projet.

D'après les données du sondage, on constate que la majorité (84,6 %) des promoteurs a bénéficié du soutien interne de l'organisation. En plus de l'appui de la direction, le soutien du personnel est aussi cité parmi les facteurs ayant facilité l'implantation des projets. Pour les projets de réorganisation de services, ce soutien est crucial pour la réussite de l'intervention. Rappelons que l'opposition du personnel figure parmi les difficultés de la réalisation des projets de regroupement des usagers.

- **Appui de la clientèle**

L'appui de la clientèle est un facteur déterminant de la réussite de la mise en œuvre. Les données d'entrevues montrent que 3 projets de regroupement des usagers ont été annulés et remplacés par d'autres activités, et ce, à cause de l'opposition de la clientèle. De même, deux répondants, lors d'une question ouverte du sondage auprès des promoteurs, soutiennent que l'appui de la clientèle a facilité la mise en œuvre de leurs projets. De ce fait, il apparaît que si la collaboration de la clientèle est un facteur aidant dans la mise en œuvre, son opposition en est un obstacle majeur.

3.3.5 Soutien du CHSSN

Les membres de l'équipe du projet FASSP considèrent que le CHSSN, en plus du financement, assure deux autres fonctions dans l'implantation des projets par les promoteurs : le monitoring et l'aide-conseil. Le monitoring consiste à faire le suivi de l'avancement de la mise en œuvre des projets. Quant aux fonctions d'aide-conseil, elles couvrent un large éventail d'activités telles que des conseils sur la gestion des projets, le travail d'équipe, la gestion des partenariats, les colloques et le réseautage des promoteurs. Elles sont destinées à épauler les promoteurs dans l'implantation de leurs projets.

Le CHSSN a joué un rôle facilitateur dans la mise en œuvre des projets. Selon les données du sondage auprès des promoteurs, 65,4 % des répondants rapportent que lorsque leur organisation a un problème, ils font appel régulièrement au soutien du CHSSN. Ce soutien est considéré comme pertinent puisque 76 % des promoteurs qui ont demandé l'intervention du CHSSN considèrent que cette intervention les a aidés à résoudre leurs problèmes dans des délais raisonnables. Les propos des promoteurs obtenus par entrevues confirment les données du sondage. Ainsi, la plupart des promoteurs soutiennent que leurs relations avec le CHSSN étaient satisfaisantes, quoique les échanges entre eux n'aient pas été très fréquents. La flexibilité accordée pour adapter les projets aux nouveaux enjeux ainsi que le respect de l'échéancier de transfert d'argent figurent parmi les sources de satisfaction. À cela s'ajoutent les occasions d'échange d'expériences et de réseautage entre les promoteurs qui sont rendues possibles grâce à l'organisation des colloques.

La pression exercée par le CHSSN pour engager les dépenses dans les échéances prévues se trouve parmi les difficultés le plus souvent rapportées par les promoteurs. Étant donné les retards dans le démarrage des projets, ceux-ci estiment qu'il leur était difficile de satisfaire à ces exigences. De même, des promoteurs ont réitéré le besoin d'améliorer la coordination des activités des promoteurs et la diffusion de l'information sur les projets afin de rendre les interventions plus efficaces.

3.3.6 Soutien des organismes communautaires

La participation des organismes communautaires fait partie du processus de mise en œuvre du projet FASSP. Dans la stratégie de ce projet, cette implication répond au besoin de développer des liens entre les établissements du réseau de la santé et services sociaux et les personnes d'expression anglaise. À cet égard, il apparaît que le projet FASSP a pu relever ce défi puisqu'il y a lieu de constater une forte implication de ces organismes et des retombées positives de cette participation tant pour les établissements du réseau que pour les organismes communautaires.

Il ressort des données d'entrevues que le partenariat entre les établissements de santé et services sociaux et les organismes communautaires permet la complémentarité des expertises ainsi que des interventions de meilleure qualité. De ce fait, ces partenariats ont été mis en place par les promoteurs dans le but d'avoir une meilleure connaissance des besoins des personnes d'expression anglaise, de trouver des solutions adaptées à ces besoins et de faire la promotion de l'offre de services auprès de la communauté. De même, on trouve des initiatives d'implication des organismes communautaires dans l'offre de services de l'organisation sous forme d'activités de recrutement de bénévoles, d'accompagnement des usagers ou d'animation du milieu.

Les données du sondage auprès des promoteurs indiquent que 72 % des répondants ont fait participer des organismes communautaires à leurs projets. De même, 79 % (15 sur 19) des organismes communautaires sondés affirment avoir participé à ces projets. Pour ce qui est du stade d'implication dans les projets, une majorité de répondants affirment que leur organisation a participé dans la phase de l'identification des besoins (79 %) et du choix des solutions (61,5 %). Pour les autres phases du processus, 6 (46,2 %) soutiennent avoir participé à l'implantation des solutions et 5 (38,5 %), au suivi de cette implantation.

Selon ces mêmes sources, les promoteurs et les organismes communautaires font une évaluation positive des résultats de la participation des organismes communautaires dans le projet FASSP. Les deux parties estiment que cette participation a permis de déterminer les besoins des personnes d'expression anglaise et de proposer des solutions appropriées à ces besoins. De même, elle a eu pour effet le développement de liens entre les établissements de santé et services sociaux et les personnes d'expression anglaise. En plus de cet apport, les organismes communautaires ont ressenti des effets positifs de cette participation sous forme d'établissement de contacts avec les établissements du réseau de la santé et d'acquisition de l'expertise dans le domaine du montage de projets de santé et services sociaux. Leur participation a également permis de tisser des liens avec les autres organismes communautaires représentant les intérêts des personnes d'expression anglaise. Tous ces facteurs contribuent au développement de la capacité de ces organismes à remplir leur mission sociale. Étant donné la qualité de leur participation et ses retombées, 86,7 % des organismes communautaires participant au sondage sont satisfaits de leur expérience.

Les barrières à la participation constituent un défi pour les projets qui visent à établir un partenariat entre les organismes communautaires et les organisations publiques. Du fait du faible nombre de répondants qui ont déclaré que leur organisation n'a pas participé au projet FASSP (n = 4), les données du sondage auprès des organismes communautaires ne permettent pas de tirer de solides conclusions sur les barrières à la participation de ces organismes. Tenant compte de cette limite, les données indiquent que la non-participation

s'explique par le fait que l'organisme n'a pas été invité par les établissements du réseau à faire partie de leurs projets. De même, des facteurs propres aux organismes communautaires, tels que le manque de ressources financières et humaines ainsi que l'absence de l'expertise requise pour contribuer à des projets de santé et services sociaux, sont cités parmi les barrières à la participation.

En plus des barrières à la participation, les organismes communautaires ont soulevé des problèmes relatifs à la pertinence et la qualité de leur participation. Ainsi, à une question ouverte du sondage sur les difficultés de participation au projet, des répondants n'ont pas hésité à questionner la portée des consultations qu'ils ont eues avec les promoteurs et à reprocher à ceux-ci de les avoir consultés tard dans le processus, après que le contenu des projets eut été arrêté.

Pour leur part, des promoteurs ont soulevé, lors des entrevues, des problèmes d'implication des organismes communautaires à cause notamment de l'ambiguïté des documents-cadres du projet FASSP et de la nécessité de préciser les rôles des parties dans ce processus (n = 2). Ils estiment que certains organismes communautaires voulaient avoir un droit de regard sur des activités qui sont une prérogative exclusive des établissements de santé.

En somme, on constate que la participation des organismes communautaires dans le projet FASSP a eu des effets positifs sur sa mise en œuvre. Les résultats de leur implication montrent que c'est dans les phases de l'évaluation des besoins et la conception des initiatives que l'apport de ces organismes est le mieux apprécié. De même, du fait de leur enracinement dans leurs milieux, ces organismes peuvent servir d'outils pour développer les liens entre le réseau de la santé et les communautés anglophones. Enfin, la participation des organismes communautaires dans de tels projets constitue pour eux un moyen pour acquérir de l'expertise et, par conséquent, pour améliorer leur capacité à assumer leur mission sociale.

Finalement, nous tenons à souligner que le dépassement de coûts ne semble pas représenter une difficulté majeure de la mise en œuvre des projets. Lors des entrevues, 3 promoteurs ont rapporté avoir rencontré des problèmes de dépassement des prévisions de coûts de leurs projets. Ces écarts se sont traduits par l'abandon de l'activité, la réalisation de l'activité par le transfert des ressources d'autres postes budgétaires ou la demande du financement additionnel au CHSSN.

3.4 Engagements de dépenses

Le budget du projet FASSP s'élève à 10 M\$. Trois catégories de dépenses se partagent ce budget. Il s'agit du financement des projets des promoteurs avec 79 %, des frais de coordination avec 11 % et des activités d'évaluation avec 10 %.

Les engagements de dépenses représentent la contrepartie financière de la réalisation des activités du projet FASSP. L'analyse des données financières sur la mise en œuvre montre que la presque totalité du budget consacré aux projets a été engagée. La possibilité de transférer les fonds entre les activités et entre les périodes de réalisation des projets figure parmi les facteurs qui ont facilité l'atteinte de ce résultat alors que deux autres mécanismes prévus par le CHSSN, à savoir le transfert de fonds entre volets et entre projets, n'ont joué qu'un rôle secondaire.

En ce qui concerne le transfert des fonds entre activités, on remarque une modification substantielle de la structure du budget (tableau VII). Par rapport à la structure de départ, la part du budget consacrée aux activités d'information a diminué de 11 %. Les sommes qui n'ont pas été engagées dans cette activité ont été transférées aux activités d'organisation dont la part du budget est passée de 49 % à 60 %. Quant à la formation, sa part relative est demeurée stable (18 %). Ce changement de la part relative des activités dans le budget du projet FASSP est en grande partie attribuable à la modification de la structure du volet Info-Santé à la suite de l'annulation d'une partie des activités de promotion de ce service. L'annulation de ces activités s'est traduite par une réduction de l'ordre de 29 % du budget qui leur était consacré, et ce, au profit des activités d'organisation. L'ampleur de ce changement a été tempérée par le mouvement inverse qu'a connu le volet 3. Sous ce volet, on a assisté à une diminution de 10 % du budget de l'organisation au profit des activités d'information. Ces dernières ont vu leur part presque doubler, passant de 11 % à 20 %. Quant au volet 2, sa structure est demeurée semblable à celle qui était prévue au départ.

Tableau VII : Comparaison entre la structure planifiée et la structure réelle du projet FASSP

	Volet 1		Volet 2		Volet 3		Total	
	Prévu	Réel	Prévu	Réel	Prévu	Réel	Prévu	Réel
Information	43 %	14 %	31 %	29 %	11 %	20 %	33 %	22 %
Formation	13 %	14 %	21 %	20 %	23 %	24 %	18 %	18 %
Organisation	44 %	72 %	48 %	51 %	66 %	56 %	49 %	60 %

Quant à la distribution chronologique des engagements de dépenses, on remarque que les quatre premiers trimestres ont enregistré un taux d'engagement inférieur aux prévisions et que c'est le dernier trimestre qui a permis de rattraper ces retards (tableau VIII). Toutefois, cette dynamique varie en fonction des volets. Ainsi, le volet Info-Santé a accusé un grand retard durant les quatre premiers trimestres, retard qui a pu être rattrapé durant le dernier trimestre. Pour le volet 2, les dépenses pour le 3^e et le 4^e trimestre se rapprochaient de leurs prévisions alors que l'excédent des dépenses du dernier trimestre a permis de rattraper les retards des deux premiers. En ce qui concerne le volet 3, ce sont plutôt le 3^e et le 4^e trimestre qui ont connu une vigueur dans l'engagement des dépenses et ont permis ainsi de récupérer les retards enregistrés dans les périodes précédentes.

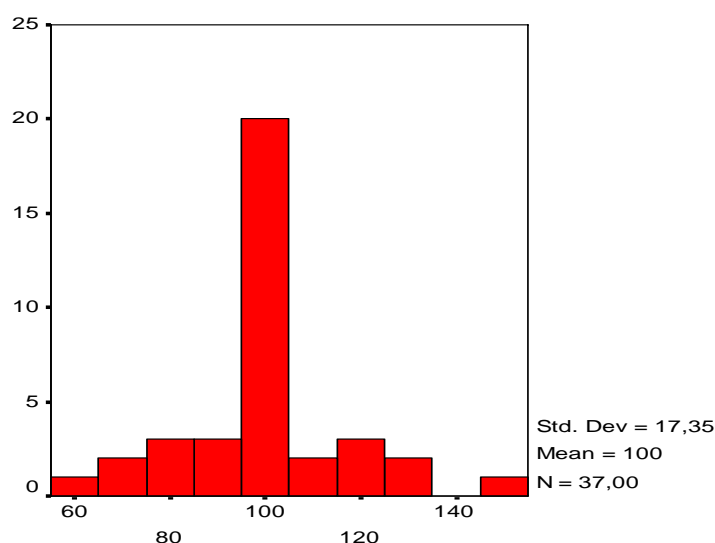
Tableau VIII : Taux trimestriel d'engagement des dépenses (engagement/prévisions du trimestre)

	T1	T2	T3	T4	T5	Total
Volet1	85 %	54 %	36 %	22 %	393 %	100 %
Volet 2	86 %	75 %	93 %	106 %	162 %	101 %
Volet 3	97 %	64 %	149 %	127 %	101 %	98 %
Total	87 %	68 %	76 %	69 %	239 %	-

Les mécanismes de gestion du projet FASSP prévoient la possibilité de transférer des fonds entre les projets, notamment des projets qui ont des difficultés de mise en œuvre. L'analyse des mouvements de fonds entre les projets montre que ce mécanisme n'a joué qu'un rôle secondaire dans les performances d'engagement des dépenses. Le taux de transfert de fonds entre les projets s'élève à 2 % du budget et est dû essentiellement aux transferts au sein du volet 1 (6 %). De ce faible taux de transfert entre les projets, on déduit la quasi-absence de transfert de fonds entre les volets. Cela est confirmé par les rapports financiers du projet FASSP qui indiquent que la totalité du budget consacré aux projets a été engagée avec des différences minimales entre les volets.

Le taux d'engagement total du budget du projet FASSP et les faibles transferts entre les volets laissent supposer qu'une majorité de projets ont pu réaliser un taux élevé d'engagement de leurs budgets. Le graphique ci-après (figure 2) présente la distribution de l'engagement des dépenses. On constate qu'effectivement, le taux moyen d'engagement des dépenses est de 100 % avec un écart-type de 17,35 %. Ainsi, 67 % des promoteurs (25 projets) ont réalisé un taux d'engagement variant entre 90 % et 110 % alors que seulement deux promoteurs ont un taux inférieur à 70 % et un promoteur a un taux de 154 %.

Figure 2: Distribution des taux d'engagement des projets



De l'analyse des données financières, on conclut que la quasi-totalité du budget du projet FASSP qui est consacré au financement des projets a été engagée. La capacité de dépenser ce budget a été renforcée par la présence de mécanismes permettant le report des fonds non dépensés d'un trimestre à l'autre et le transfert des ressources entre les activités des projets. Cette flexibilité a permis de combler les retards dus aux difficultés de démarrage des projets. De même, elle a eu pour effet la reconfiguration de la structure par activités du budget du projet FASSP.

3.5 Comparaison entre la stratégie du projet FASSP et les activités des promoteurs

Le projet FASSP fixe des paramètres généraux à respecter tout en laissant l'initiative aux promoteurs de proposer des projets qui s'adaptent à leurs besoins. Cette marge de manœuvre a été fortement appréciée par les promoteurs dans la mesure où elle leur a permis de choisir les moyens d'intervention qui s'adaptent le mieux à la problématique d'accès des personnes d'expression anglaise aux services de santé et services sociaux. Toutefois, le respect de ces paramètres représente un aspect important de la qualité de la mise en œuvre du projet FASSP, notamment le degré d'alignement des initiatives des promoteurs sur la stratégie d'intervention du CHSSN. Pour faire la lumière sur ce point, nous avons réalisé une analyse de la concordance des activités des promoteurs avec les moyens d'intervention du projet FASSP.

La comparaison des orientations du projet FASSP avec les activités des promoteurs fait ressortir, sous les volets 2 et 3, certaines divergences entre les stratégies de ces acteurs. Dans les documents-cadres du projet FASSP, la réorganisation des services constitue la principale composante de la stratégie d'intervention. Ainsi, d'après l'initiative présentée par le CHSSN à Santé Canada, le volet 2 « consiste à regrouper les clientèles anglophones dispersées sur le territoire afin de constituer un bassin suffisant de clientèle pour offrir des services de santé et des services sociaux de qualité » (CHSSN, 2004a, p. 15). Pour sa part, le volet 3 « consiste à regrouper la clientèle anglophone vivant en institution afin d'offrir un confort culturel et linguistique avec des services appropriés » (CHSSN, 2004a, p. 19). Pour supporter ces initiatives, des activités de développement des outils appropriés, de formation, et d'information sont prévues (CHSSN, 2004, p. 16 et 20.).

Lorsque les activités de développement des outils, de formation et d'information viennent en support à des initiatives visant la constitution d'un bassin suffisant de clientèle anglophone, elles ont été considérées comme faisant partie de la stratégie d'intervention des volets 1 et 2. Par contre, quand ces activités constituent des projets à part entière, elles ont été considérées comme des moyens d'intervention différents pour atteindre les objectifs généraux de ces volets. C'est le cas de 11 projets financés par le CHSSN (Tableau IX en annexe). Ces projets, qui ont été approuvés par le Comité directeur du projet FASSP, peuvent représenter une réponse aux particularités régionales de l'offre de services aux personnes d'expression anglaise. Dans ce sens, la proposition du CHSSN indique que les acteurs locaux et régionaux ont à déterminer les initiatives et les sous activités de leurs projets, et ce, « ... à la lumière des objectifs visés et de la dynamique particulière de la région en incluant les besoins de la communauté anglophone... ». (CHSSN, 2004a, p.17). De plus, leurs activités sont des outils pour atteindre les deux premiers objectifs spécifiques de l'enveloppe CMLO : partage de l'information, développement des liens avec les communautés anglophones et élaboration des activités de formation à l'intention des fournisseurs. (Santé Canada, 2003, p.4).

On note également trois projets de réorganisation nécessiteraient un financement récurrent pour la continuité de leurs services. Étant donné que le projet FASSP procure un financement transitoire, et en l'absence d'une mobilisation des ressources internes de l'organisation, ces services risquent d'être interrompus à la fin du financement du projet FASSP.

Le constat de la présence des écarts entre la stratégie du CHSSN et les activités de certains promoteurs ne suffit pas pour juger si ces écarts représentent une force ou une faiblesse de la mise en œuvre du projet FASSP. Comme il a été noté lors de l'analyse de la raison d'être, plusieurs facteurs sont à l'origine de la persistance des barrières à l'accès des personnes d'expression anglaise aux services de santé et services sociaux. Parmi ces facteurs, on note la rareté du personnel capable d'offrir un service en anglais et des insuffisances dans la promotion des services des organisations. Or, la formation en anglais, la traduction des outils de communication et la promotion de services sont des moyens pour répondre à ce besoin. Si l'évaluation de la mise en œuvre a pu montrer que l'implantation de ces outils d'intervention est plus facilement réalisable que la réorganisation de services, leur efficacité relative ne pourrait être démontrée que par une analyse comparative des effets des projets.

L'analyse de la mise en œuvre des projets par les promoteurs nous permet de conclure que le volet Info-Santé a fait l'objet de changements dans le contenu des projets, leur portée et les acteurs qui sont chargés de leur réalisation. Ce changement est survenu à la suite de l'intervention du MSSS, qui a redéfini et intégré plusieurs projets dans sa stratégie de réorganisation du service Info-Santé. Nous pouvons également conclure que la qualité de la mise en œuvre dépend dans une large mesure de la complexité des projets. Du fait qu'elle implique des changements dans les processus de travail, la réorganisation des services est plus difficile à réussir que les autres activités du projet FASSP. Les promoteurs des projets de réorganisation de services ont fait ressortir des difficultés relatives au manque de leviers de contrôle sur les activités des acteurs impliqués dans ce processus. On note également un problème de cohérence entre la nature de l'intervention et les délais de réalisation. Ces contraintes laissent supposer que le bon déroulement de ces projets requiert le soutien des instances internes de l'organisation, le ralliement des partenaires externes impliqués dans l'offre de services ainsi que l'approbation de la clientèle. De même, l'introduction et la stabilisation des changements demandent des interventions qui dépassent les 15 mois de la mise en œuvre. En comparaison aux autres projets, ces différences dans la complexité des interventions semblent la cause des faibles performances des projets de réorganisation de services. Finalement, la comparaison entre la stratégie du projet FASSP, telle qu'elle a été présentée à Santé Canada, et les activités des promoteurs fait ressortir certains écarts. Toutefois, il est important de souligner que même si certaines activités ne font pas partie de la stratégie initiale du projet FASSP, elles s'alignent sur les objectifs spécifiques de l'enveloppe CMLO du FASSP et peuvent ainsi contribuer à produire les effets souhaités.

PARTIE III : EFFETS DU PROJET FASSP

Avant de présenter les résultats de l'évaluation des premiers effets du projet FASSP, il est utile de mentionner que le design de l'étude ne permet pas une évaluation exhaustive des effets du projet FASSP. Les limites de l'étude découlent du fait qu'au lieu d'analyser les données concernant l'utilisation des services par les personnes d'expression anglaise, on a fait appel aux perceptions des promoteurs de projets et à celles des organismes communautaires. À cette limite s'ajoute la période de la collecte des données. Les entrevues ont été réalisées lors de la mise en œuvre des projets et les sondages immédiatement à la suite. La période de collecte de données ne permet pas de saisir adéquatement les effets à moyen et long terme du projet FASSP. Enfin, l'absence de réponses au questionnaire adressé aux établissements qui n'ont pas bénéficié du financement du projet FASSP rend impossible la réalisation d'analyses comparatives entre ces établissements et ceux qui ont reçu le financement.

1 Perception des effets du projet FASSP

Les effets du projet FASSP ont été scindés en trois catégories : les effets sur les établissements de santé et services sociaux, les effets sur les personnes d'expression anglaise et les effets sur les organismes communautaires.

Les données du sondage auprès des promoteurs indiquent que la majorité des répondants (84,6 %) estime que le projet FASSP a eu pour effet d'améliorer les conditions d'accès des personnes d'expression anglaise aux services de santé et services sociaux et que, dans 63,4 % des cas, les activités de leurs projets se sont traduites par une augmentation du volume de services demandés par les anglophones. Il semble que ces améliorations sont le produit des changements en amont qui relient les activités des projets avec les objectifs du projet FASSP. Ainsi, du côté de l'offre, 92,3 % des répondants considèrent que leurs projets ont permis le renforcement de la capacité de leur organisation à servir les personnes d'expression anglaise. Ce renforcement de la capacité des organisations paraît résulter, quant à lui, d'une disponibilité accrue du personnel apte à offrir un service en langue anglaise (65 %), de l'adaptation de l'offre de services (69,2 %) et de l'acquisition des connaissances sur les besoins des personnes d'expression anglaise (57,7 %).

Du côté de la demande, 69,2 % des répondants considèrent que le projet a permis aux personnes d'expression anglaise d'être mieux informées sur les services offerts par les établissements de santé et services sociaux. Enfin, une proportion similaire soutient que le projet a permis de développer les liens entre les organisations et les personnes d'expression anglaise, liens qui peuvent affecter aussi bien les conditions de la demande (promotion) que celles de l'offre de services (connaissance des besoins et des solutions).

Les organismes communautaires estiment, dans des proportions plus importantes que les promoteurs, que le projet FASSP a eu des effets positifs sur l'accès des personnes d'expression anglaise aux services de santé et services sociaux (tableau XIII en annexe).

Ainsi, 75,5% des répondants au sondage auprès des organismes communautaires considèrent que ce projet a permis aux personnes d'expression anglaise d'utiliser davantage les services de santé et services sociaux. Cet effet semble résulter de la contribution du projet à l'amélioration de la connaissance des besoins des personnes d'expression anglaise (84,2%) et à l'adaptation de l'offre de services (89,5%). À cela s'ajoutent ses effets positifs sur le développement des liens des établissements de santé avec les anglophones (89,5%) et sur la connaissance des services par les anglophones (83,3%). Les données de ce sondage indiquent aussi que le projet FASSP a eu pour effet, le renforcement de la capacité des organismes communautaires à remplir leur mission sociale. Ces répondants indiquent que la participation de ces organismes au projet FASSP leur a permis de tisser des liens avec le réseau de la santé et services sociaux (93,3%) et d'acquérir de l'expertise dans la réalisation des projets destinés aux personnes d'expression anglaise (80%). En plus, cette participation a contribué à établir des liens entre les organismes communautaires qui desservent la population anglophone (93,3%).

Si les organismes communautaires anticipent des effets positifs du projet FASSP, les données des entrevues et des sondages indiquent que pour ces organismes, l'amélioration de l'accessibilité nécessite une intervention à long terme. De même, les risques d'interruption des activités amorcées dans le projet FASSP, à cause de la fin du financement, sont un obstacle à la pérennité des effets escomptés. À la limite, ces risques peuvent entraîner des effets négatifs dans le sens où ils créent de la frustration parmi les acteurs impliqués dans ces projets.

En résumé, on constate que les promoteurs et les organismes communautaires considèrent que le projet FASSP contribue à améliorer l'accès des personnes d'expression anglaise aux services de santé et services sociaux et à favoriser les liens entre la communauté et les établissements responsables de fournir ces services. De même, ils s'accordent sur le fait que le maintien des acquis du projet FASSP est un enjeu, car il nécessite une continuité des investissements.

Afin de maintenir ces acquis, les promoteurs soulignent le besoin d'exiger le bilinguisme lors du recrutement du personnel et de demander de budgets additionnels. Du côté du CHSSN, on considère qu'il faut cibler le niveau institutionnel de l'offre de services aux personnes d'expression anglaise, et ce, en menant des actions qui visent l'élargissement de la couverture territoriale des programmes d'accès aux services de santé et services sociaux en langue anglaise. On mentionne également le besoin de concerter ses efforts avec le gouvernement du Québec pour assurer la continuité du financement de Santé Canada. Enfin, on estime qu'il faut développer la capacité d'action du réseau communautaire anglophone afin de mettre à l'agenda politique la problématique d'accès des personnes d'expression anglaise aux services de santé et services sociaux.

2 Relation entre les activités et les perceptions des effets du projet FASSP

Dans le projet FASSP, les promoteurs ont planifié et réalisé une multitude d'activités afin d'atteindre leurs objectifs. Cette diversité dans la nature et la combinaison des outils d'intervention permet de mener des comparaisons entre ces outils en relation avec les effets rapportés par les promoteurs. Ainsi, des analyses par corrélations et par régressions multiples ainsi que des tests de différence de moyennes ont été réalisés afin de faire ressortir la relation entre les activités des projets et les effets rapportés par les promoteurs. Du fait que

ces analyses portent sur des promoteurs ayant tous pris des mesures pour améliorer l'accès des personnes d'expression anglaise aux services de santé et services sociaux, et que la différence entre ces promoteurs réside dans le choix des moyens, les analyses ne sont pas en mesure de calculer les effets nets du projet FASSP, c'est-à-dire le changement qui est dû uniquement à la mise en œuvre de ce projet. Toutefois, elles permettent de comparer l'impact des activités implantées par les promoteurs sur la perception des effets de leurs projets.

Ces analyses (tableaux X, XI et XII en annexe) semblent indiquer que quatre variables ont un effet particulièrement positif sur l'amélioration des conditions d'accès des personnes d'expression anglaise aux services de santé et services sociaux. Il s'agit des activités de recrutement et de maintien des intervenants, de la réalisation des études, de la concertation avec les personnes d'expression anglaise et de la promotion des services auprès de la communauté anglophone. Les activités de formation, de recrutement de bénévoles, d'organisation de services et de traduction des documents pour usagers semblent avoir moins d'effets sur les conditions d'accès aux services.

Les données qualitatives sur la mise en œuvre permettent de mettre en contexte les résultats des analyses statistiques et d'interpréter l'absence d'associations positives et significatives entre ces activités et les effets perçus par les promoteurs. Ces données indiquent que les promoteurs considèrent que la production des effets des projets est conditionnelle à la réunion d'un ensemble de conditions. Ainsi, les promoteurs des activités de formation considèrent que leurs projets vont avoir comme premier effet une capacité accrue de leur organisation à offrir des services en langue anglaise. Toutefois, ils ne sont pas certains si les cours donnés vont préparer les intervenants à atteindre cet objectif, à cause notamment de l'insuffisance du nombre d'heures de formation. En raison de cette incertitude, plusieurs d'entre eux prévoient inscrire les bénéficiaires de ces formations aux activités du projet de développement des ressources humaines de l'Université McGill. De même, les promoteurs évoquent le problème du roulement du personnel et ses effets négatifs sur le maintien à long terme des acquis du projet.

Pour ce qui est des activités de traduction, les promoteurs considèrent qu'elles auront un effet positif sur la capacité de réponse en anglais et la qualité de l'information offerte aux personnes d'expression anglaise. Néanmoins, les documents traduits doivent être conçus en tant que support aux intervenants et non en tant que substitut au manque de personnel bilingue. De même, leurs effets dépendent de leur utilisation par la clientèle. À long terme, l'évolution des pratiques dans le domaine de la santé et de l'offre de services des organisations risque de rendre ces documents désuets, d'où le besoin d'un effort continu de traduction.

Quant aux projets qui ont comme activités la réalisation d'études et de concertations avec les personnes d'expression anglaise en vue d'adapter l'offre de services, leurs promoteurs estiment qu'elles devraient permettre une meilleure connaissance des besoins et de l'offre de services aux personnes d'expression anglaise et sensibiliser le réseau de santé et services sociaux aux besoins des anglophones. Les efforts déployés dans le cadre de ces projets pourraient aboutir à l'élaboration de nouveaux modèles de prestations de services et à une meilleure allocation des ressources. Cependant, la majorité des activités de réorganisation

de services n'a pu être menée à terme, ce qui limite leurs effets sur les conditions d'accès aux services.

CONCLUSION

Le projet FASSP est une initiative du CHSSN qui est financée par le gouvernement fédéral à partir du Fonds d'accès aux soins et services primaires. Ce projet vise l'amélioration des conditions d'accès des personnes d'expression anglaise aux services de santé et services sociaux. Il constitue une subvention aux établissements de santé et services sociaux destinée à pallier des insuffisances réelles dans l'offre de services en langue anglaise.

L'évaluation de la mise en œuvre et des premiers effets du projet FASSP montre que l'allocation des ressources de ce fonds a été effectuée dans le respect des critères d'efficacité, de transparence et d'équité. Le financement a été fait à la suite d'un appel de propositions à l'intention des établissements du réseau de la santé et services sociaux et de l'évaluation des projets par un jury et sur la base de critères rendus publics. De même, la procédure de financement prévoit des conditions qui fixent un plafond de dépenses par région et assurent une représentation minimale de ces dernières. Les résultats de ce processus montrent qu'effectivement, le financement a été accordé selon la qualité des projets tout en tenant compte des besoins des régions à faible accès en anglais aux services de santé et services sociaux. Par contre, le processus gagnerait à être plus sensible aux besoins des établissements offrant des services à la clientèle vivant en milieu institutionnel.

Il ressort aussi de cette évaluation que les projets de réorganisation de services ont éprouvé plus de difficulté de mise en œuvre que les projets qui incluaient d'autres types d'activités. Cette situation peut être imputée à la complexité de ces projets. La réorganisation des services implique des changements dans les processus de l'organisation, la réaffectation du personnel et l'ébranlement des routines de travail. En raison de cette complexité, l'implantation des projets de réorganisation de services demande le soutien des instances interne de l'organisation, le ralliement des partenaires externes impliqués dans l'offre de services ainsi que l'approbation de la clientèle. De même, l'introduction et la stabilisation des changements demandent des interventions à plus long terme. Ce degré de complexité semble être à l'origine de la moins bonne performance des projets de réorganisation de services.

La comparaison entre la stratégie du projet FASSP, tel qu'elle a été présentée à Santé Canada, et les activités des promoteurs montre que certains projets ne font pas partie des outils d'intervention du projet FASSP. Cependant, ces projets concordent avec les objectifs généraux du projet FASSP et les objectifs spécifiques du volet CMLO.

Finalement, l'évaluation permet de conclure que la majorité des promoteurs et des organismes communautaires affirment que le projet FASSP a pour effet l'amélioration des conditions d'accès des personnes d'expression anglaise aux services de santé et services sociaux. Le financement accordé a permis aux établissements de renforcer leur capacité à servir la population anglophone ainsi que de développer leurs liens avec cette population. Pour les organismes communautaires, la participation au projet FASSP a été une opportunité pour acquérir l'expertise dans les projets de santé et services sociaux et tisser des liens entre eux et avec le réseau de la santé. Enfin, les promoteurs et les organismes communau-

taires s'accordent sur le fait que la pérennité de ces effets est un enjeu qui milite pour la recherche des sources de financement continues.

BIBLIOGRAPHIE

- Aday, Lu Ann; Begley, Charles E.; Lairson, David R.; Bslkrishnan, Rajesh (2004) : *Evaluating the healthcare system – Effectiveness, efficiency, and equity*. Chigago. Health Administration Press, 3^e édition.
- Aizer, Anna; Currie, Janet (2002) : *The impact of outreach on Medi-Cal enrollment and child health. Lessons from California*. California Policy Research Center. University of California. California Program on Access to Care.
- Andersen, Ronald M.; Yu, Hongjian; Wyn, Roberta; Davidson, Pamela L.; Brown, Richard E.; Teleki, Stephanie (2002) : *Access to medical care for low-income persons : How do communities make a difference?* Medical Care Research and Review, vol. 59, n^o 4, p. 384-411. Sage Publications.
- Boroff, Karen E.; Lewin, David (1997) : *Loyalty, voice, and intent to exit a union firm : a conceptual and empirical analysis*. Industrial and Labor Relation Review, vol. 51, n^o 1. p. 50-63. Cornell University.
- Bowen, Sarah (2001) : *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*. Santé Canada.
- Brown, E. Richard; Davidson, Pamela L.; Yu, Hongjian; Wyn, Roberta; Andersen, Ronald M; Becerra, Lida; Razack, Natasha (2004) : *Effects of community factors on access to ambulatory care for lower-income adults in large urban communities*. Excellus Heath Plan Inc. Inquiry 41, p. 39-56.
- Chen, Frederick M.; Fryer, George E.; Phillips, Robert L.; Wilson, Elisabeth; Pathman, Donald E. (2005) : *Patients' beliefs about racism, preference for physician race, and satisfaction with care*. Annals of Family Medecine vol.3, n^o 2, p. 138-143. www.annfammed.org
- Coffman, Julia (2003) : *Lessons in evaluating communications campaigns. Five case studies*. Harvard Family Research Project. Harvard University.
- Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire (2002) : *Rapport à la ministre fédérale de la Santé*. Santé Canada.
- Davidson, Pamela L.; Andersen, Ronald M.; Wyn, Roberta; Brown, E. Richard (2004) : *A framework for evaluating safety-net and other community-level factors on access for low income populations*. Inquiry 41, p. 21-38
- Figuroa, Maria Elena; Kincaid, D. Lawrence; Rani, Manju; Lewis, Gary (2002) : *Communication for social change – An integrated model for measuring the process and its out-*

comes. Working Paper Series, n° 1. The Rockefeller Foundation and Johns Hopkins University Center for Communication Programs. Rockefeller Foundation.

Fryer, George E.; Green, Larry A.; Dovery, M. Susan; Yawn, Barbara P.; Phillips, Robert L.; Lanier, David (2003) : *Variation in the ecology of medical care*. Annals of Family Medicine, vol. 1, n° 2. p. 81-89. www.annfammed.org

Hirschman, Albert Otto (1970) : *Exit, voice and loyalty – Responses to decline in firms, organizations, and states*. Cambridge Mass. Harvard University Press.

Holton, Elwood F III (1996) : *The flawed four-level evaluation model*. Jossey-Bass Publishers. Human resource development quarterly, vol. 7, n° 1, p. 5-21.

Jedwab, Jack (2001) : *New and not so new anglos : An analysis of Quebec anglophone opinion on the province's socio-political realities*. The Missisquoi Reports, vol. 2. Missisquoi Institute.

Jedwab, Jack (2004) : *Vers l'avant – l'évolution de la communauté d'expression anglaise du Québec*. Étude spéciale. Commissariat aux langues officielles. Canada.

Kirkpatrick, Donald L. (1994) : *Evaluating training programs – The four levels*. San Francisco. Berrett-Koehler Publishers.

Magnan, Marie-Odile (2005) : *To stay or not to stay : migration of young anglo-quebecers – Literature review*. INRS.

The Missisquoi Institute : *The anglophone community of Quebec in the year 2000 – A preliminary report on the Missisquoi Institute-CROP omnibus survey*. www.chssn.or

Ministère de la Justice. Lois et règlements codifiés : *Loi sur les Langues officielles*, L.R. (1985), ch. 31 (4^e suppl.), [en ligne] <http://lois.justice.gc.ca/fr/O-3.01/56952.html#rid-57007>

National Cancer Institute (2003) : *Theory at a glance : A guide for health promotion practice*. U. S. National Institute of Health. www.cancer.gov

Olsen, Mancur (1987) : *Logique de l'action collective*. Paris. Presses universitaires de France. Collection Sociologies.

Pathman, Donald (2004) : *Evaluating access to medical care in the rural south*. UNC-CH Family Medicine.

Rossi, Peter H.; Freeman, Howard E.; Lipsey, Mark W. (1999) : *Evaluation – A systematic approach*. Thousand Oaks, London, New Delhi. Sage Publications.

Stevens, Gregory D.; Shi, Leiyu; Cooper, Lisa A. (2003) : *Patient-Provider racial and ethnic concordance and parent reports of the primary care experiences of children*. Annals of Family Medicine, vol.1, n° 2. p. 105-112. www.annfammed.org

Ricketts, Thomas C.; Sheps, Cecil G. (2002) : *Geography and disparity in health*. University of North Carolina. Chapel Hill. (Document de travail.)

Santé Canada (2001) : *Certaines circonstances – Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées*. Recueil de documents et de rapports préparés pour Santé Canada. <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesante/pubs/circumstance/index.html>

SOM, recherches et sondages (2005) : *Étude sur la notoriété du service Info-Santé (Phase 1)*. Rapport final.

Vorst, Becky Van; Westfall, Jack (2001) : *Assessment and evaluation of hispanic access to health care services in Western Yuma County*. Health Science Center. University of Colorado.

Yin, Robert K. (1994) : *Case study research – Design and methods*. Thousand Oaks, London, New Delhi. Applied Social Research Methods Series. V. 5. Sage Publications.

Archives du projet FASSP

CHSSN (2004a) : Initiative pour l'amélioration de l'accès aux soins et services primaires pour les personnes d'expression anglaise – Proposition au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. Enveloppe des communautés minoritaires de langue officielle.

CHSSN (2004b) : Fiches d'évaluation des projets.

CHSSN (2004c) : Fiches de présentation des projets.

CHSSN (2005a) : Rapports financiers à Santé Canada.

CHSSN (2005b) : Documents du colloque de novembre 2005.

CHSSN (2005c) : Projet FASSP et documents connexes présentés à la journée des promoteurs tenue le 24 et 25 février 2005.

Promoteurs : Rapports financiers trimestriels 2005/2006

Promoteurs : Rapports d'activités trimestriels 2005/2006

Promoteurs (2004) : Demandes de financement.

Santé Canada (2003) : *Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires – Lignes directrices relatives au financement pour l'enveloppe des communautés minoritaires de langue officielle*. Santé Canada.

ANNEXES

ANNEXE

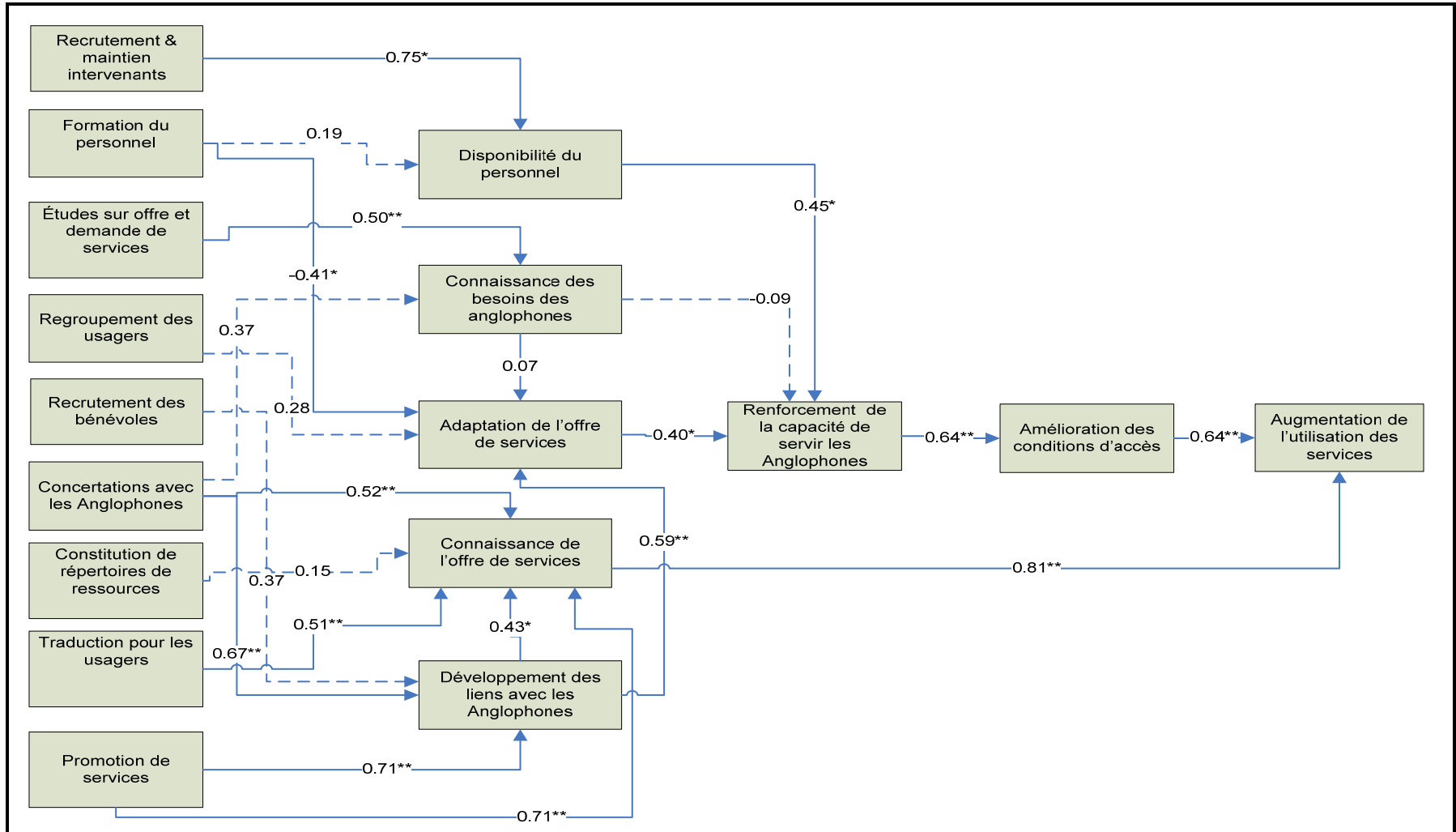
Tableau IX : État de réalisation des activités du projet FASSP (Source : rapport d'activités des promoteurs)⁵

Projet	Bénévolat		Formation		Traduction		référence		Promotion		Réorganisation		Concertation	
	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R
101	-	-	X	1	-	-	-	-	X	0	X	1	-	-
102	-	-	X	1	-	-	X	0	X	0	X	0	-	-
103	-	-	-	-	-	-	X	1	-	-	-	-	-	-
104	-	-	-	-	-	-	-	-	X	0	X	0	-	-
105	-	-	-	-	X	1	X	1	X	0	X	0	-	-
106	-	-	X	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
107	-	-	X	0	X	1	-	-	X	0	X	0	X	0
201	-	-	X	1	X	1	-	-	-	-	-	-	X	1
202	X	1	X	0	X	1	-	-	X	1	X	1	X	0
203	X	0	-	-	X	1	-	-	-	-	X	1	X	1
204	-	-	X	0	-	-	-	-	X	1	X	0	X	1
205	-	-	-	-	-	-	-	-	X	1	X	0	X	1
206	-	-	X	1	X	1	X	1	X	1	-	-	-	-
207	-	-	-	-	-	-	-	-	X	1	X	0	-	-
208	-	-	-	-	-	-	-	-	X	0	X	0	-	-
209	X	1	X	1	-	-	-	-	X	1	X	1	-	-
210	-	-	X	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
211	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	0	-	-
212	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	0	-	-
213	-	-	X	1	X	1	-	-	X	1	X	0	X	1
214	X	?	-	-	X	1	-	-	-	-	X	0	-	-

⁵ Les lettres P et R indiquent respectivement les activités prévues et celles réalisées par les projets. Sous les colonnes P, la lettre X indique les projets qui ont planifié la réalisation de l'activité en question. Dans les réalisations, on s'est limité à savoir si le projet est parvenu à produire une partie ou la totalité de ses extraits (valeur 1) ou non (valeur 0).

Projet	Bénévolat		Formation		Traduction		référence		Promotion		Réorganisation		Concertation	
	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R
215	-	-	X	1	X	1	-	-	-	-	X	1	X	1
216	-	-	-	-	X	1	-	-	-	-	-	-	-	-
217	-	-	X	1	X	1	-	-	-	-	-	-	-	-
218	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	0	-	-
219	-	-	X	1	X	1	-	-	-	-	-	-	-	-
220	-	-	-	-	-	-	-	-	X	1	X	1	-	-
221	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	0	-	-
222	-	-	X	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
223	-	-	X	1	X	1	-	-	-	-	-	-	-	-
224	-	-	X	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
225	X	1	-	-	X	1	-	-	X	1	X	0	-	-
301	-	-	X	1	X	1	-	-	X	0	-	-	-	-
302	-	-	X	0	X	1	X	1	X	1	-	-	-	-
303	X	1	-	-	-	-	-	-	-	-	X	1	-	-
304	-	-	X	1	X	1	-	-	-	-	X	0	-	-
305	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	0	-	-
Total	6	4	20	16	17	17	5	4	17	10	24	7	8	6

Tableau X : Synthèse des corrélations entre les activités et les effets perçus du projet FASSP



** ; $p < 0.01$, * ; $p < 0.05$, sans Astérix ; $p > 0.05$

Tableau XI : Résultats des analyses par régression des effets perçus du projet FASSP

Activités	Effets				
	Disponibilité du personnel	Connaissance des besoins	Adaptation offre services	Connaissance offre services	Liens avec anglophones
Coefficient de détermination (r ²)	0.31*	0.41***	0.50**	0.57***	0.56***
	Coefficients d'association entre activités et effets				
Recrutement intervenants	-0.85**	1.81**	0.91**		0.92**
Maintien des intervenants	1.18*				
Formation	0.60		-0.74**		
Études		2.48***			
Recrutement bénévoles		-2.04**	-1.5***	-0.10	-0.08
Regroupement des usagers			0.61		
Concertations					1.50***
Traduction pour usagers				0.75	
Promotion de services				1.75***	

- $p < 0.10$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$; sans Astérix = $p > 0.10$.

-

Tableau XII : Comparaison des effets du projet FASSP avec ou sans les activités de réorganisation de services

	Réorganisation de services	N	Moyenne	% différence
Effets sur connaissance des besoins	oui	8	5,50	12,5 %
	non	7	4,00	
Effets sur disponibilité du personnel	oui	8	4,50	-10 %
	non	7	5,00	
Effets sur adaptation de l'offre de services	oui	8	5,25	5 %
	non	7	5,00	
Effets sur les liens avec les anglophones	oui	8	6,00	0 %
	non	7	6,00	
Effets sur la connaissance de l'offre de services	oui	8	5,75	4 %
	non	7	6,00	
Effets sur la capacité de servir les anglophones	oui	8	5,25	5,8 %
	non	7	5,71	
Effets sur utilisation de services	oui	8	5,38	1,7 %
	non	7	5,29	

Tableau XIII : Comparaison entre les organismes communautaires et les promoteurs du projet FASSP

Questions	Réponses	
	Promoteurs	Organismes communautaires
La problématique d'accès aux services		
8- L'utilisation des services par les personnes d'expression anglaise est satisfaisante.	46,2 %	20 %
9- La connaissance des services par les personnes d'expression anglaise est satisfaisante.	31,8 %	14,3 %
10- L'offre de services aux personnes d'expression anglaise est satisfaisante.	53,8 %	24,8 %
Les effets du projet FASSP		
57. Le projet a aidé à mieux connaître les besoins des personnes d'expression anglaise.	57,7 %	84,2 %
59. Le projet a aidé à adapter l'offre de services aux besoins des personnes d'expression anglaise.	69,2 %	89,5 %
60. Le projet a aidé à développer des liens avec les personnes d'expression anglaise.	69,2 %	89,5 %
61. Le projet a permis aux personnes d'expression anglaise d'être mieux informées sur l'offre de services.	69,2 %	83,3 %
63. Le projet a permis aux personnes d'expression anglaise d'utiliser davantage les services de santé.	63,4 %	75,7 %
La participation des organismes communautaires		
68. La participation des organismes communautaires a permis de cerner les besoins en services de santé et services sociaux des personnes d'expression anglaise.	78,9 %	80 %
69. La participation des organismes communautaires a permis de développer des solutions appropriées aux besoins des personnes d'expression anglaise.	68,4 %	93 %
70. La participation des organismes communautaires a permis de développer des liens avec les personnes d'expression anglaise.	78,9 %	93 %